

**JAQUELINE LUVISOTTO MARINHO**

**SAÚDE-EDUCAÇÃO:  
SABERES, PODERES, EXPERIÊNCIAS E SINGULARIDADES**

**GOIÂNIA-GO  
2012**

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS  
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU* EM EDUCAÇÃO

**JAQUELINE LUVISOTTO MARINHO**

**SAÚDE-EDUCAÇÃO:**

**SABERES, PODERES, EXPERIÊNCIAS E SINGULARIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da Professora Dra. Glacy Queirós de Roure.

**GOIÂNIA-GO**

**2012**

M338s Marinho, Jaqueline Luvisotto.

Saúde-Educação : saberes, poderes, experiências e singularidades [manuscrito] / Jaqueline Luvisotto Marinho. – 2012.

81 f. : il.

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Departamento de Educação, 2012.

Orientador: Prof<sup>a</sup>. Dra. Glacy Queirós de Roure.

1. Educação. 2. Saúde – Brasil. 3. Saúde - Educação. 4. Análise do discurso. 5. Foucault, Michel, 1926-1984. I. Título.

CDU: 37.017:61(043.3)

# **FOLHA DE APROVAÇÃO**

**JAQUELINE LUVISOTTO MARINHO**

**SAÚDE-EDUCAÇÃO:**

**SABERES, PODERES, EXPERIÊNCIAS E SINGULARIDADES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Educação da Pontifícia Universidade Católica de Goiás como requisito parcial para a obtenção do título de Mestre em Educação, sob a orientação da Professora Dra. Glacy Queirós de Roure.

Aprovada em \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012

**BANCA EXAMINADORA**

.....  
Profª. Dra. Glacy Queirós de Roure (Orientadora)

.....  
Prof. Dr. Fábio Ferreira de Almeida (UFG)

.....  
Prof. Dr. José Ternes (PUC-GO)

## RESUMO

Nesta pesquisa, consideramos o termo "Saúde-Educação" como a área de interação entre a "Educação" e a "Saúde". Assim, considerando a necessidade de construção de outros olhares nesta área, objetivamos compreender o funcionamento do discurso em materiais educativos de campanhas preventivas, mas também, buscamos transformações de nossas próprias concepções pelas experiências de construir a pesquisa e o texto, apresentando-se então como um movimento de olhar para nosso próprio contexto e trajetória. Apesar de ser considerada uma "pesquisa qualitativa", procuramos caminhar além da dicotomização quantitativo *versus* qualitativo, além de apreensões e aplicações de técnicas metodológicas padronizadas, além do estabelecimento de passos completamente pré-determinados. A partir da observação, durante os meses de junho a setembro de 2011, dos materiais educativos de campanhas preventivas disponibilizados no site do Ministério da Saúde, foram selecionados para análise os materiais educativos que se relacionavam à "saúde" no sentido de "produzir (mais) saúde", de "construir corpos (mais) saudáveis". A análise do discurso dos materiais educativos selecionados foi realizada a partir das concepções de Michel Foucault, considerando a importância de se visualizar o funcionamento do discurso para compreensão das relações de poder-saber. A construção do texto, "tecido" na confluência de saberes e poderes, foi compreendida como uma possibilidade de transformações e retransformações, ao serem elaboradas experiências singulares na relação com as transformações da linguagem.

**Palavras-chave:** Saúde-Educação. Discurso. Linguagem. Poder. Saber. Experiência.

## **ABSTRACT**

### **Health-Education: knowledge, power, experiences and singularities**

In this research, we considered the term "Health-Education" as the area of interaction between "Education" and "Health". Thus, considering the need to construct other perceptions in this area, we aimed to understand the functioning of discourse in educative materials of preventive campaigns, as we also sought transformations of our own conceptions, elaborating experiences during the construction of this research and this text, which was a movement of looking at our own context and trajectory. In spite of being a "qualitative research", we looked for routes to go beyond the dichotomy between quantitative and qualitative, beyond standardised methodological techniques, beyond the establishment of completely predetermined steps. During the months of June up to September 2011, we observed the educative materials of preventive campaigns that were available in the website of Ministry of Health (Brazil), and we selected the educative materials that presented relation with "health", with the following senses "to produce (more) health" and "to construct healthy (healthier) bodies", to be analysed. The analysis of discourse of the selected educative materials was based Michel Foucault's conceptions, considering the importance of visualizing the functioning of discourse, in order to understand the relations of power and knowledge. The construction of this text, which was "woven" through the interactions among forms of knowledge and power, was understood as a possibility of transformations and re-transformations, through the elaboration of singular experiences in relation to the language transformations.

**Key-words:** Health-Education. Discourse. Language. Power. Knowledge. Experience.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUZINDO UM PERCURSO DE PESQUISA</b>	<b>06</b>
<b>CAPÍTULO I – A MAGIA DAS SUPERFÍCIES NO PERCURSO DA PESQUISA</b>	<b>13</b>
<b>CAPÍTULO II – AS REGRAS DA "AMARELINHA" PARA SE CHEGAR AO "PARAÍSO DA SAÚDE"</b>	<b>33</b>
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS: TRANSPONDO LINHAS...</b>	<b>72</b>
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>77</b>

## **INTRODUZINDO UM PERCURSO DE PESQUISA**

Poderia iniciar minha explanação apresentando introduções padronizadas ou apresentações de roteirização, ou descrevendo roboticamente referências que envolvem o tema da pesquisa. Mas, no sentido em que compreendo a pesquisa e o pesquisar, precisava considerar os pontos iluminados que brilharam por minha caminhada, trilhando e traçando as linhas imaginárias que estes pontos permitiram desenhar. Assim, resolvi apresentar as luzes que intensamente refletem deste desenho, escolhendo desse modo começar por discorrer sobre o percurso de pesquisa.

No entanto, não estou a falar sobre um percurso de pesquisa limitado a exposição de técnicas metodológicas e pressupostos teóricos escolhidos. O percurso a que me refiro se amplia para as reminiscências e experiências que foram se elaborando e se transformando ao longo da caminhada que propiciaram a construção deste texto.

Por muito tempo venho observando a presença de cartazes em serviços de saúde e determinados órgãos públicos informando, geralmente, sobre alguma doença. Esses cartazes, apesar de chamarem a minha atenção e me deixarem intrigada em relação a seu conteúdo e a forma de apresentação das informações, as palavras e imagens utilizadas, sempre pareciam se fundir com as paredes em que estavam, pareciam estar de tal modo não perceptíveis aos usuários dos serviços de saúde que se tornavam um adorno naquelas paredes. Assim, por vários anos venho remoendo estas observações, reagindo às imagens e palavras destes cartazes, refletindo sobre o modo como estes cartazes expõem as informações. E assim os cartazes vão se amarelando ou sendo substituídos, e outros vão surgindo, com as mesmas doenças de sempre ou com novas preocupações e recomendações.

Além dos cartazes, por vezes encontramos fôlderes distribuídos pelos serviços de saúde, esperando para serem lidos, também apresentando informações sobre determinadas doenças ou sobre algum tipo de exame complementar ou sobre a necessidade de cuidados preventivos. Os fôlderes também estão lá, fazendo parte de uma bancada ou de uma mesa, tornando-se papéis decorativos em meio a tantas palavras para serem lidas, que por vezes atrapalham a correria do dia-a-dia e se dispersam na apreensão da espera por atendimento.



Na televisão e no rádio, vemos e ouvimos propagandas explicando a importância de se atentar para alguma doença, seus sintomas e sinais, o perigo de se apresentar determinada doença ou de não se diagnosticar em tempo. Geralmente algum ator, cantor, atleta aparece para falar sobre a importância de se diagnosticar e tratar alguma doença, de se controlar determinados parâmetros de nosso corpo para prevenir doenças específicas, de se ter hábitos considerados adequados para sermos saudáveis. Em meio a tantos programas e notícias veiculados pela televisão e pelo rádio, estas informações fluem nos intervalos como “mais uma” dentre tantas propagandas, distantes dos espectadores e ouvintes dos atrativos programas.

Passando pelas ruas, esperando no semáforo vermelho, por vezes deparamo-nos com algum *outdoor* alertando sobre cuidados preventivos e sobre doenças. Nem sempre conseguimos visualizar completamente as informações, devido à localização do *outdoor*, mas suas palavras e imagens vão se confluindo com os letreiros e placas no andar pela cidade, em momentos e lugares efêmeros.

Ademais, no nosso caminhar pela internet, entrando e saindo de sites, observamos diversas “dicas de saúde”, informações sobre casos de doenças, epidemias e surtos, esclarecimentos sobre diversas doenças, sobre procedimentos médicos, sobre modos de prevenção de diferentes agravos. Fluímos navegando por mares de informações sobre saúde e doença.

As informações sobre saúde e doença se tornaram tão intensamente frequentes em nosso repertório diário, que se torna inclusive difícil notarmos efetivamente suas presenças e, sobretudo, refletirmos sobre as palavras e imagens de cada impresso, áudio, vídeo, site em que veiculam estas informações.

O Ministério da Saúde brasileiro apresenta-se como fonte importante de elaboração de impressos, vídeos e áudios para veiculação das informações sobre doenças e cuidados preventivos, e das campanhas preventivas relacionadas, sendo utilizados então estes materiais educativos por Estados e Municípios brasileiros, por vezes com algumas adaptações para o âmbito regional, expandindo a atuação das campanhas preventivas. Pela legitimidade do Ministério da Saúde na sociedade em relação à veiculação de informações relacionadas a suas áreas de atuação, o site do Ministério da Saúde <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> também se constitui como fonte importante de informação para profissionais da saúde, imprensa, instituições da

área da Saúde e para a população em geral. Nesse site, são disponibilizados materiais educativos elaborados para campanhas preventivas diversas, os quais se constituíram como foco de observação nesta pesquisa.

Mas esta escolha não se construiu aleatoriamente. Consultando e pesquisando frequentemente o site do Ministério da Saúde, devido a minha atuação na área da Saúde, ficava a analisar a estruturação do site, as imagens e as palavras utilizadas para informar sobre determinados aspectos relacionados às doenças. Esta circularidade analítica foi se elaborando por muito tempo, visualizando as imagens das campanhas preventivas, por vezes assistindo as propagandas veiculadas pela televisão ou pelo rádio, relacionando com minhas experiências (seja como profissional seja como usuária de serviços de saúde), as de minha família e as de tantas famílias e pessoas com quem já tive contato no meu dia-a-dia, e durante minha formação acadêmica e atuação profissional. Fui durante os anos analisando cada aspecto dos materiais educativos das campanhas preventivas e muitas dúvidas e incertezas se apresentavam. Será que seriam "efetivos"? Será que todos lêem e observam estes materiais educativos? O que as pessoas sentem ou pensam quando vêem estes materiais? Os mesmos poderiam transformar tradições e estilos de vida? Como são elaborados estes materiais? Ao serem construídos, o que se considera para escolher suas imagens e palavras? Estes materiais são elaborados pensando em todos os brasileiros? Quais fundamentos permeiam a escolha dos agravos e doenças e das informações para a realização dos materiais educativos?

Entretanto, outras experiências foram se construindo durante o passar dos anos. A Educação foi se tornando objeto constante de interrogações e observações para mim. Recordo-me de como analisava o modo de ensinar de cada professor com qual tive contato desde minha infância, assim como o meu aprender e o aprender de muitos de meus colegas de classe e de conhecidos. O interesse pelas questões envolvendo o processo ensino-aprendizagem foi se evidenciando espiralmente, indo e voltando, afastando e retornando, mas continuando ao redor de um mesmo eixo, crescentemente se avolumando e se tornando visível, até o momento em que se mostrou como o caminho tão buscado. Na realidade, apesar de ser considerado que por vezes estava em outras direções, completamente distintas, eu estava circulando ao redor de um sentido: os estudos acerca dos aspectos educativos. Até mesmo meu pensar e sentir a formação e a atuação do profissional de saúde reflete este sentido, pois o profissional da saúde se constrói (ou deveria se construir) como educador e

como constante educando, numa relação de interlocução e interação educando-educador.

A partir desta percepção, fui construindo meus objetos de estudos na relação íntima entre Educação e Saúde. No entanto, apesar da busca, leitura e análise constante de referências bibliográficas referidas como pertencentes à área de relação entre Educação e Saúde, geralmente escritas por profissionais da área da Saúde, estas referências se apresentavam para mim com lacunas. E estas lacunas se tornaram objeto de interesse neste caminhar, sentindo a necessidade de uma proximidade mais interativa entre estas áreas, assim como de outras áreas do conhecimento, de modo a se permitir a construção de um fluxo de conhecimento, que denomino aqui de "Saúde-Educação". Portanto, por este caminhar, foram se entrelaçando neste fluxo interpretações das e reflexões sobre as idéias de diversos autores, como Michel Foucault e Georges Canguilhem.

Diante de tantas lacunas, fiquei a refletir profundamente sobre como denominar essa área de relação entre a Educação e a Saúde, visto as indefinições de termos e conceitos observadas nos estudos relacionados a um se dizer "entre" Educação e Saúde, e para possibilitar melhor compreensão sobre o que estamos a analisar e discutir.

Assim, constituímos o termo "Saúde-Educação" de modo a criar, a partir da utilização do hífen, uma relação mais íntima entre as áreas de Educação e de Saúde, formando uma palavra única, uma **mistura**. Além disso, estando a vogal "e" no final da palavra "saúde" e também no início da palavra "educação", formando o conjunto "e-e", a ordem das palavras ("saúde" antes do hífen e "educação" depois do hífen) possibilitou melhor expressão do sentido da interação e interlocução entre estas duas áreas. Entretanto, é importante enfatizar que a ordem das palavras "saúde" e "educação" neste termo "Saúde-Educação" não pressupõe nenhuma hierarquia entre as áreas de Educação e de Saúde.

Desse modo, consideramos o termo "Saúde-Educação" para designar a área de interação e interlocução entre a "Educação" e a "Saúde", mas enfatizando que não há limites nítidos e definidos para e nesta área, visto a fluidez, dinamicidade e miscibilidade dos supostos "contornos" entre "Educação" e "Saúde", inclusive por considerar que a Educação deveria perpassar e estar imbricada nos diversos campos de atuação em Saúde. Além disso, destacamos que a interação representada por este termo "Saúde-Educação" não deve ser para pensarmos sempre igualmente, mas para caminharmos a partir das diferenças e das trocas de distintos e singulares saberes.

Poderia utilizar o termo "Educação e Saúde", utilizando a palavra "e" no sentido de união e junção. No entanto, lembramos que a palavra "e" pressupõe sentidos aditivos, mas também adversativos, o que poderia corresponder a um sentido de relação conflitante, visto também o sentido de "quebra" que a palavra "e" gera entre as palavras, que continuam assim sendo duas e separadas.

Dentro desta área que denominamos de "Saúde-Educação", poderíamos encaixar determinados fluxos de atuação, ainda imprecisos e indefinidos, que poderiam se aproximar destas tentativas de interação entre "Saúde" e "Educação", mas que também deveriam se dialogar e se misturar, sem definição de limites estanques: Educação em Saúde<sup>1</sup>, Educação Continuada/ Educação Permanente em Saúde<sup>2</sup>, Educação na Saúde/ Ensino em Saúde<sup>3</sup>, entre outros que poderão se estabelecer.

O termo "Educação em Saúde" poderia ser considerado como a área de **articulação** entre os processos educativos e as práticas em saúde, envolvendo todos (e quando digo todos, inclui-se a população em geral, os profissionais e serviços de saúde, os governos), não se restringindo às ações **nos** serviços de saúde e **dos** profissionais da saúde, e tendo como objetivos o estabelecimento e a difusão de conhecimentos e ações relacionados a evidências consideradas como estratégias para prevenção de doenças, para promoção da saúde, para

- 
- 1 O termo "Educação em Saúde" é definido pelo Ministério da Saúde como "1 – Processo educativo de construção de conhecimentos em saúde que visa à apropriação temática pela população e não à profissionalização ou à carreira na saúde. 2 – Conjunto de práticas do setor que contribui para aumentar a autonomia das pessoas no seu cuidado e no debate com os profissionais e os gestores a fim de alcançar uma atenção à saúde de acordo com suas necessidades" (BRASIL, 2012, p. 19-20).
  - 2 O Ministério da Saúde conceitua "Educação Continuada" como "Processo de aquisição sequencial e acumulativa de informações técnico-científicas pelo trabalhador, por meio de escolarização formal, de vivências, de experiências laborais e de participação no âmbito institucional ou fora dele" (BRASIL, 2012, p. 19), e conceitua "Educação Permanente em Saúde" como "ações educativas embasadas na problematização do processo de trabalho em saúde e que tenham como objetivo a transformação das práticas profissionais e da própria organização do trabalho, tomando como referência as necessidades de saúde das pessoas e das populações, a reorganização da gestão setorial e a ampliação dos laços da formação com o exercício do controle social em saúde" (BRASIL, 2012, p. 20), sendo "aprendizagem no trabalho, onde o aprender e o ensinar se incorporam ao cotidiano das organizações e ao trabalho" (BRASIL, 2009, p. 20). Os termos Educação Continuada/ Educação Permanente em Saúde podem então abarcar questões referentes ao aprendizado em serviço, aprendizagem-trabalho, atualização e capacitação dos trabalhadores da Saúde.
  - 3 Os termos Educação na Saúde/ Ensino em Saúde podem ser considerados como referentes às ações de "formação" dos profissionais da saúde no sistema de ensino (BRASIL, 2012; BATISTA et al., 2005). O Ministério da Saúde define o termo "Educação na Saúde" como "produção e sistematização de conhecimentos relativos à formação e ao desenvolvimento para a atuação em saúde, envolvendo práticas de ensino, diretrizes didáticas e orientação curricular" (BRASIL, 2012, p. 20). No entanto, ressalto que a "formação" referida não deveria ser uma "formação" no sentido da palavra de "dar uma forma determinada", de "enformar", e que o termo "ensino" propõe um sentido unilateral do conhecimento, diferentemente, por exemplo, do termo "Processo ensino-aprendizagem", em que se supõe troca de saberes.

diagnósticos precoces e para adesão a tratamentos.

De acordo com Alves (2005, p. 43), a denominada "Educação em Saúde" torna-se "um recurso por meio do qual o conhecimento cientificamente produzido no campo da saúde, intermediado pelos profissionais de saúde, atinge a vida cotidiana das pessoas, uma vez que a compreensão dos condicionantes do processo saúde-doença oferece subsídios para a adoção de novos hábitos e condutas de saúde". Ou seja, o termo "Educação em Saúde" pode pressupor uma "inculcação" do considerado "científico" e uma "robotização" de atitudes cotidianas.

Portanto, o processo de elaboração e difusão dos materiais educativos pelo Ministério da Saúde se constitui como um modo de "Educação em Saúde", apesar de a "Educação em Saúde" poder incluir diversas outras formas de práticas educativas relacionadas à Saúde.

Apesar de, diferentemente do que se observa na difusão da denominação "Educação em Saúde" e dos sentidos perpassados na utilização deste termo, não estarmos a considerar a palavra "em" no sentido de a Educação ser uma ferramenta para a Saúde, mas como caminhar em mistura, imbricadas, sem hierarquias de saberes, interagindo mutuamente, como se estivesse inserido na palavra "em" o termo "em relação com" (e não de uma parte estar contida em outra), e também considerando a necessidade e importância de não separarmos os fluxos de atuação na relação entre Educação e Saúde, visto que pode se tornar um modo de hierarquizar as ações educativas relacionadas à saúde entre as realizadas para a população "leiga", para os profissionais da saúde e para os graduandos de cursos da área da Saúde, consideramos essencial denominarmos a área como "Saúde-Educação" (e não como "Educação e Saúde" ou "Educação em Saúde").

Considerando a necessidade de se refletir e de se apresentar outros olhares e percepções sobre a área "Saúde-Educação", nesta pesquisa, objetivei compreender o funcionamento do discurso em materiais educativos de campanhas preventivas, mas também, busquei transformações de minhas próprias concepções pelas experiências de construir a pesquisa e o texto.

Pois, considerando que minha trajetória acadêmica e profissional tem se traçado também na área da Saúde, esta pesquisa se torna um olhar (ou um movimento de olhar) para meu próprio contexto e para minha própria trajetória, tentando "pensar

diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe" (FOUCAULT, 2003, p. 13). Emprestando as palavras de Merleau-Ponty (2000, p. 37) acerca da filosofia, penso que estou me imbricando num fluxo "onde aquele que questiona é, ele próprio, posto em causa pela questão".

Afinal, conforme diz Foucault (2003, p. 13), "existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir".

Portanto, passo agora a mostrar os aprofundamentos desta mistura, que se fez, se faz e se fará em constante transformação, pois o que se construiu nestas laudas não deve ser o fim, não pode ser estanque; minhas experiências estarão a construir outras laudas num infinito mutável, entre rumos imaginados: "*el horizonte siempre cambia en cuanto nos movemos, pero aun así sigue siendo nuestro horizonte*"<sup>4</sup> (CABOT, 2008, p. 66).

Assim, no capítulo intitulado "A magia das superfícies no percurso da pesquisa", foram discutidos os aspectos metodológicos que permearam o percurso desta pesquisa, relacionados às concepções de Michel Foucault acerca da análise do discurso. A seguir, no capítulo "As regras da 'amarelinha' para se chegar ao 'paraíso da saúde'", analisamos os materiais educativos de campanhas preventivas do Ministério da Saúde, que foram selecionados nesta pesquisa. Depois, nas considerações finais, refletimos sobre a elaboração de experiências a partir da construção deste texto.

---

4 Tradução nossa: "o horizonte sempre muda enquanto nos movemos, mas ainda assim continua sendo nosso horizonte".

## CAPÍTULO I – A MAGIA DAS SUPERFÍCIES NO PERCURSO DA PESQUISA

Apesar de reconhecer que a construção de um tecido depende de padronizações estabelecidas de entrelaçamento de fios, valorizamos a reflexão de Oliveira (1998) de que pesquisar não seria seguir regras, como se fosse um fazer a partir de descrições de receitas e manuais, como se fosse simplesmente aplicar e reproduzir técnicas. Nesse sentido, diz este autor:

O cultivo da capacidade imaginadora separa o técnico do pesquisador; somente a engenhosidade saberá promover a associação de coisas, que não poderíamos sequer intentar pudessem um dia se compor, num dado cenário social. Significa aprimorar a percepção, refinar a sensibilidade, ampliar horizontes de compreensão, comover-se diante de práticas, pequeninas na sua forma, calorosas e desprendidas no seu íntimo. (OLIVEIRA, 1998, p. 19).

Retomando os dizeres de Oliveira (1998) de que o pesquisador se torna um artesão, considero que o pesquisar se constrói não apenas num fazer de técnica e arte, dedicando-se num elaborar constante e intenso: o pesquisar se transforma em magia. Não magia no sentido místico ou de não ser científico, objetivo, palpável, perceptível. Mas magia no sentido de o pesquisar poder nos transformar e transformar o outro, criando transformações, num corrente retransformar infinito e labiríntico. Retomando os dizeres de Marilena Chauí acerca dos escritos de Merleau-Ponty de que “a obra de pensamento é como a obra de arte, pois nela há muito mais pensamentos do que aqueles que cada um de nós pode abarcar” (CHAUÍ, 2003, p. 21), diria que, num além de ser uma obra de pensamento ou uma obra de arte, a obra de pesquisa se torna mágica, pois além de possuir tantos pensamentos, ela compreende as transformações de pensamentos, num ser do pensar em imbricação miscível com o sentir.

Nesse construir do percurso da pesquisa, muitos caminhos foram se apresentando prováveis nas encruzilhadas da trajetória e muitas escolhas foram tendo que ser feitas para prosseguirmos. Não que sejam as escolhas melhores e mais importantes, pois não estou a hierarquizar propostas metodológicas, mas foram os caminhos que fui elaborando no pesquisar em consonância com o eu, o nós, o eles e o próprio percurso. Os “olhares” com que

vamos observando são construções históricas, tanto em relação às histórias de nossa sociedade como a nossas histórias de vida.

Assim, retomando as reflexões de Marilena Chauí sobre “ler”, diria que durante o pesquisar também aprendemos “a pensar na esteira deixada pelo pensamento do outro” e retomamos “a reflexão de outrem como matéria-prima para o trabalho de nossa própria reflexão” (CHAUÍ, 2003, p. 21). Mas saliento: ao elaborarmos, a partir de reflexões de outros autores, nossas reflexões, também criamos e transformamos, as reflexões do eu e do outro. Desse modo, ao selecionar, durante minha trajetória, determinados autores para dialogar nesta pesquisa, fui construindo, a partir de alicerces de interpretações, criações e transformações, resultando em um texto – logicamente singular – que se reflete como um mergulhar em experiências e reflexões de um sujeito em articulação com diversas vozes e outros sujeitos.

Apesar de considerar simplista a dicotomização do pesquisar em “pesquisa qualitativa” e “pesquisa quantitativa”, assim como a junção de dicotomizações em “pesquisa quali-quantitativa” ou “pesquisa quanti-qualitativa” – pois entendemos que as pesquisas não se restringem a tipos de dados e técnicas utilizados –, consideramos este percurso como de uma “pesquisa qualitativa” devido à difusão deste termo e por não considerarmos outro termo mais explicativo até o momento. No entanto, cabe salientar que se torna difícil definir este termo, visto que pode abranger diversas possibilidades de conceituações e variadas técnicas de pesquisa e perspectivas teóricas (CHIZZOTTI, 2006; ESTEBAN, 2010).

Nesse sentido, conforme Esteban (2010), "o termo 'pesquisa qualitativa' constitui, na atualidade, um conceito amplo que faz referência a diversas perspectivas epistemológicas e teóricas, incluindo também numerosos métodos e estratégias de pesquisa" (ESTEBAN, 2010, p. 125), e que "portanto, ao falar de pesquisa qualitativa, não só nos referimos a procedimentos metodológicos, mas também aos fundamentos teórico-epistemológicos que os sustentam e orientam", sendo que "a pesquisa qualitativa é um conjunto de práticas interpretativas de pesquisa, mas também um espaço de discussão, ou discurso metateórico" (ESTEBAN, 2010, p. 127).

Desse modo, diante desta amplitude e pluralidade de possibilidades referentes ao termo “pesquisa qualitativa”, torna-se preferível considerarmos a utilização do plural “pesquisas qualitativas”, apesar de isto não minimizar a complexidade e mutabilidade



relacionadas. E esta seria então uma destas pesquisas qualitativas possíveis.

Escolhemos trilhar pela análise do discurso de materiais educativos das campanhas preventivas disponibilizados no site do Ministério da Saúde. A partir dos pressupostos teóricos de Michel Foucault acerca do discurso, procurei direcionar meu “olhar” durante o percurso da pesquisa, buscando, entretanto – o que se relaciona com o alicerçar-se nas concepções de Michel Foucault – caminhar além da dicotomização quantitativo *versus* qualitativo, além de apreensões e aplicações de técnicas metodológicas padronizadas, além do estabelecimento de passos completamente pré-determinados, incluindo a especificação, durante o percurso da pesquisa, mediante “olhares” iniciais abrangentes sobre a totalidade.

Nesse sentido, a partir da observação, durante os meses de junho a setembro de 2011, dos materiais educativos de campanhas preventivas disponibilizados no site do Ministério da Saúde, fui escolhendo trilhar pelos materiais educativos que se relacionavam à “saúde” no sentido de “produzir (mais) saúde”, de “construir corpos (mais) saudáveis”.

Gilles Deleuze, ao se referir às reflexões de Michel Foucault, faz um paralelo com o sentido de considerar a filosofia como “arte das superfícies” ou “dermatologia geral”, ao retomar os dizeres de Paul Válerly de que a pele seria o mais profundo:

Precisamente em Foucault, a superfície torna-se essencialmente superfície de inscrição: é todo o tema do enunciado 'ao mesmo tempo não visível e não oculto'. A arqueologia é a constituição de uma superfície de inscrição. Se você não constituir uma superfície de inscrição, o não-oculto permanecerá não-visível. A superfície não se opõe à profundidade (voltamos à superfície), mas à interpretação. O método de Foucault sempre se contrapõe aos métodos de interpretação. Jamais interprete, experimente... O tema tão importante em Foucault das dobras e redobras remete à pele. (DELEUZE, 1992, p. 109).

Ao pensarmos sobre a pele no corpo humano, verificamos que sua constituição biológica, incluindo aspectos histológicos, fisiológicos e embriológicos, evidencia a íntima relação da pele com o corpo em sua totalidade e com o ambiente ao redor. Nosso corpo, apesar das tentativas de fragmentação a partir da intensa especialização e subespecialização da área da Saúde, é uma totalidade, estando seus tecidos relacionados. Desse modo, no visualizar a pele ao olhar para um ser humano, não se “olha” para uma pele mas para uma pessoa. Biológica e filosoficamente, ao observamos uma pessoa, em sua superfície, que não se restringe à pele, estamos a “olhar” para seu todo, incluindo assim a profundidade do ser, na relação também da pessoa com o que está ao redor, ao fazermos parte do mundo.

Nesse sentido, Pallasmaa (2011) diz sobre a visão dialética de Merleau-Ponty

acerca da relação entre o mundo e o indivíduo, numa “relação osmótica entre a individualidade e o mundo – eles se interpenetram e se definem” (PALLASMAA, 2011, p. 20). Conforme diz Pallasmaa (2011, p. 38),

nossos corpos e movimentos estão em constante interação com o ambiente; o mundo e a individualidade humana se redefinem um ao outro constantemente. A percepção do corpo e a imagem do mundo se tornam uma experiência existencial contínua; não há corpo separado de seu domicílio no espaço, não há espaço desvinculado da imagem inconsciente de nossa identidade pessoal perceptiva.

Visualizando a totalidade do ser, segundo Pallasmaa (2011, p. 20), Merleau-Ponty reflete sobre “a simultaneidade e interação dos sentidos”, num perceber do ser com o próprio ser em sua totalidade, ao contrário da fragmentação da percepção a partir de tipos de sentidos de nosso corpo. Conforme diz Merleau-Ponty (1994, p. 304), “a experiência sensorial é instável e é estranha à percepção natural que se faz com todo o nosso corpo ao mesmo tempo e abre-se a um mundo intersensorial”.

Desse modo podemos compreender a profundidade da superfície. Afinal, ao considerar a interação entre a superfície, com seus sentidos, com a totalidade do corpo, pode-se perceber a impossibilidade de se dividir superfície de profundidade, interno de externo, ambiente de organismos, subjetivo de objetivo, mente de corpo. Esses dizeres de Maurice Merleau-Ponty refletem a interatividade constante e transformativa do profundo com o superficial:

Temos a experiência de um mundo, não no sentido de um sistema de relações que determinam inteiramente cada acontecimento, mas no sentido de uma totalidade aberta cuja síntese não pode ser acabada. Temos a experiência de um Eu, não no sentido de uma subjetividade absoluta, mas indivisivelmente desfeito e refeito pelo curso do tempo. (MERLEAU-PONTY, 1994, p. 296).

A partir desta compreensão sobre a relação entre profundo e superficial, partindo do entendimento de Gilles Deleuze acerca do pensamento de Michel Foucault, podemos caminhar pela análise do discurso fundamentada nos escritos de Michel Foucault.

De acordo com Foucault (2008a), precisamos e devemos nos inquietar diante de formulações e aspectos tão evidentes que já são familiares, corriqueiros e até imperceptíveis, tornando-se difíceis de serem questionados, criticados, refletidos e alterados. Daí a necessidade de se analisar os materiais educativos de campanhas preventivas disponibilizados pelo Ministério da Saúde, que tão frequente e intensamente vemos, revemos,

passamos ao lado, paramos em frente, lemos, relemos, e seguimos adiante; que de tão evidentes ofuscam nosso olhar, e não mais conseguimos visualizar.

Michel Foucault, em “Arqueologia do Saber” (FOUCAULT, 2008a), questiona a padronização, categorização e estruturação da análise do discurso. Evidencia o quão impossível se tornam as definições estanques de unidades de discurso e de conceituações de elementos como peças de um quebra-cabeça – perfeitamente delimitadas e encaixáveis num espaço definido previamente –, visto que os limites dos elementos do discurso se fazem miscíveis, imprecisos, infinitos, assim como as relações entre estes elementos e outros aspectos que não se evidenciam direta ou abertamente relacionados ao discurso. Como afirma Foucault (2008a, p. 26):

É que as margens de um livro jamais são nítidas nem rigorosamente determinadas: além do título, das primeiras linhas e do ponto final, além de sua configuração interna e da forma que lhe dá autonomia, ele está preso em um sistema de remissões a outros livros, outros textos, outras frases: nó em uma rede. E esse jogo de remissões não é homólogo, conforme se refira a um tratado de matemática, a um comentário de textos, a uma narração histórica, a um episódio de um ciclo romanesco; em qualquer um dos casos, a unidade do livro, mesmo entendida como feixe de relações, não pode ser considerada como idêntica. Por mais que o livro se apresente como um objeto que se tem na mão; por mais que ele se reduza ao pequeno paralelepípedo que o encerra: sua unidade é variável e relativa. Assim que a questionamos, ela perde sua evidência: não se indica a si mesma, só se constrói a partir de um campo complexo de discursos.

Quando Foucault escreve que “não é preciso remeter o discurso à longínqua presença da origem; é preciso tratá-lo no jogo de sua instância” (FOUCAULT, 2008a, p. 28), compreende-se que este autor considera importante a análise do discurso a partir da existência superficial do próprio discurso, não necessitando fazer uma investigação das fontes, das circunstâncias, dos envolvidos, dos quereres ou não-quereres dizer isso ou aquilo. Este sentido, sem esquadrinhamentos, pode parecer simplista ou reducionista, mas deve-se entender que a análise da superfície do discurso permite que se compreenda também sua profundidade. Nesses escritos torna-se mais evidente a possibilidade de se conhecer a profundidade do discurso a partir de sua superfície:

Vê-se igualmente que essa descrição do discurso se opõe à história do pensamento. Aí, também, não se pode reconstituir um sistema de pensamento a partir de um conjunto definido de discursos. Mas esse conjunto é tratado de tal maneira que se tenta encontrar, além dos próprios enunciados, a intenção do sujeito falante, sua atividade consciente, o que ele quis dizer, ou ainda o jogo inconsciente que emergiu involuntariamente do

que disse ou da quase imperceptível fratura de suas palavras manifestas; de qualquer forma, trata-se de reconstituir um outro discurso, de descobrir a palavra muda, murmurante, inesgotável, que anima do interior a voz que escutamos, de restabelecer o texto miúdo e invisível que percorre o interstício das linhas escritas e, às vezes, as desarruma. A análise do pensamento é sempre *alegórica* em relação ao discurso que utiliza. Sua questão, infalivelmente, é: o que se dizia no que estava dito? A análise do campo discursivo é orientada de forma inteiramente diferente: trata-se de compreender o enunciado na estreiteza e singularidade de sua situação; de determinar as condições de sua existência, de fixar seus limites da forma mais justa, de estabelecer suas correlações com os outros enunciados a que pode estar ligado, de mostrar que outras formas de enunciação exclui. Não se busca, sob o que está manifesto, a conversa semi-silenciosa de um outro discurso: deve-se mostrar por que não poderia ser outro, como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar. A questão pertinente a uma tal análise poderia ser assim formulada: que singular existência é esta que vem à tona no que se diz e em nenhuma outra parte? (FOUCAULT, 2008a, p. 30-31, grifo do autor).

A crítica de Foucault ao desejo de determinação do que se queria dizer a partir de determinado discurso se relaciona a seu entendimento da dispersão do sujeito no discurso, conforme diz Foucault (2008a, p. 61):

O discurso [...] não é a manifestação, majestosamente desenvolvida, de um sujeito que pensa, que conhece, e que o diz: é, ao contrário, um conjunto em que podem ser determinadas a dispersão do sujeito e sua descontinuidade em relação a si mesmo. É um espaço de exterioridade em que se desenvolve uma rede de lugares distintos. [...] É preciso reconhecer [...] que não é nem pelo recurso a um sujeito transcendental nem pelo recurso a uma subjetividade psicológica que se deve definir o regime de suas enunciações.

Nesse sentido, na análise do discurso, conforme diz Deleuze (1992, p. 134), para Foucault, deve-se analisar a terceira pessoa no sentido de indeterminação do sujeito: “Fala-se, vive-se, morre-se. Sim, existem sujeitos: são os grãos dançantes na poeira do visível, e lugares móveis num murmúrio anônimo. O sujeito é sempre uma derivada. Ele nasce e se esvai na espessura do que se diz, do que se vê.”. Afinal, o discurso das campanhas preventivas, na realidade, está por toda parte, imbricado em cada pessoa, permeante na sociedade; deixa de ser o discurso do órgão ou instituição para ser um discurso disperso na sociedade.

É preciso enfatizar que, apesar das insistências de determinação de conceitualizações, não pretendemos nos ater a conceitos estanques e a divisões estruturais do discurso. Afinal, conforme Foucault (2008a), os conceitos se tornam flutuantes e envolvem

uma multiplicidade de sentidos. Além disso, o discurso, de acordo com os escritos de Foucault, não se faz em e de blocos de elementos delimitáveis e delimitados, são fluidos e miscíveis, se fazendo conjunto de enunciados em singularidades de existência. Assim, a determinação de “átomos do discurso”, num sentido descrito por Foucault ao enunciado, implica inter-relações não limitáveis e não limitantes, afinal, não podemos pensar o átomo como um elemento didaticamente descrito como completamente isolável do contexto. Portanto, para Foucault, estes átomos discursivos – estabelecidos como enunciados – seriam “funções de existência”, em que seus princípios de dispersão e distribuição se estabeleceriam em formações discursivas: “Não há razão para espanto por não se ter podido encontrar para o enunciado critérios estruturais de unidade; é que ele não é em si mesmo uma unidade, mas sim uma função que cruza um domínio de estruturas e de unidades possíveis e que faz com que apareçam, com conteúdos concretos, no tempo e no espaço” (FOUCAULT, 2008a, p. 98). Desse modo, a análise do discurso se estabeleceria na apreensão das condições de realização de uma existência específica de um enunciado, o qual se faz simultaneamente não visível e não oculto (FOUCAULT, 2008a).

Para Foucault, analisar a superfície permite que se possa “restituir ao enunciado sua singularidade de acontecimento” (FOUCAULT, 2008a, p. 31-32), e

faz-se, assim, com que ele surja em sua irrupção histórica; o que se tenta observar é essa incisão que ele constitui, essa irreduzível – e muito freqüentemente minúscula – emergência. Por mais banal que seja, por menos importante que o imaginemos em suas conseqüências, por mais facilmente esquecido que possa ser após sua aparição, por menos entendido ou mal decifrado que o suponhamos, um enunciado é sempre um acontecimento que nem a língua nem o sentido podem esgotar inteiramente. Trata-se de um acontecimento estranho, por certo: inicialmente porque está ligado, de um lado, a um gesto de escrita ou à articulação de uma palavra, mas, por outro lado, abre para si mesmo uma existência remanescente no campo de uma memória, ou na materialidade dos manuscritos, dos livros e de qualquer forma de registro; em seguida, porque é único como todo acontecimento, mas está aberto à repetição, à transformação, à reativação; finalmente, porque está ligado não apenas a situações que o provocam, e a conseqüências por ele ocasionadas, mas, ao mesmo tempo, e segundo uma modalidade inteiramente diferente, a enunciados que o precedem e o seguem.

A compreensão do enunciado em sua singularidade de acontecimento – a enunciação – permite que entendamos que o enunciado não se relaciona simplesmente a letras, palavras, frases, mas a toda uma amplitude de contextos imbricados a estas, que tornam

diferentes, frases idênticas em circunstâncias diferenciadas (FOUCAULT, 2008b). A partir disso, ficam evidentes as relações entre os diversos enunciados e os aspectos além dos enunciados. Também, esta compreensão sobre o enunciado permite que visualizemos o sentido de movimento do enunciado, o que reforça suas singularidades, o que enfatiza suas transformações. Mostram-se assim as inter-relações do discurso que o tornam uma totalidade, e que precisamos compreendê-lo desse modo ao observarmos sua superfície.

Afinal, conforme Deleuze (1992, p. 132), “pensar é sempre experimentar, não interpretar, mas experimentar, e a experimentação é sempre o atual, o nascente, o novo, o que está em vias de se fazer”. Portanto, devem-se analisar os discursos no sentido de experimentar, e experimentar para transformar. Mas transformar também de modo a que pensemos e percebamos distintamente do que já pensamos e percebemos (FISCHER, 2003) – nós, o eu e o outro.

Além de compreender o discurso em sua complexidade, do mesmo modo que o corpo, precisamos compreender e refletir sobre a complexidade de relações dos discursos com outros aspectos: a superfície do discurso como meio de compreensão do profundo e da totalidade do discurso, sem caminharmos pela profundidade, e das relações do discurso com o que se visualiza como externo ao discurso, que também se faz internalizado no discurso. Sobre esse sentido escreve Foucault (2008a, p. 32): “Fazer aparecer, em sua pureza, o espaço em que se desenvolvem os acontecimentos discursivos não é tentar restabelecê-lo em um isolamento que nada poderia superar; não é fechá-lo em si mesmo; é tornar-se livre para descrever, nele e fora dele, jogos de relações”.

E para Foucault, analisar estes “jogos de relações” seria como “analisar o jogo de seus aparecimentos e de sua dispersão” (FOUCAULT, 2008a, p. 40). Ao referir que os discursos não são apenas conjuntos de signos, letras, palavras, frases, Foucault diz que os discursos se tornam mais do que meios de designação de coisas, e que seria este “mais”, este “além”, da relação direta entre palavras e coisas no discurso que precisamos tornar evidentes por sua análise (FOUCAULT, 2008a).

Cabe salientar que, ao falarmos de palavras, letras e frases, não estamos a restringir a análise do discurso dos materiais educativos das campanhas preventivas a estes signos, afinal, as imagens, intensamente apresentadas nestes materiais, se relacionam com estes dizeres e se tornam essenciais na apreensão do discurso destes materiais. Para Foucault,

a análise do discurso não se limita a textos com palavras e frases, mas compreende também as imagens, não “transcritas em palavras, mas em linhas, superfícies e cores”, conforme diz Foucault (2008a, p. 217) em relação à análise de uma obra de arte:

Não se trataria de mostrar que a pintura é uma certa maneira de significar ou de 'dizer', que teria a particularidade de dispensar palavras. Seria preciso mostrar que, em pelo menos uma de suas dimensões, ela é uma prática discursiva que toma corpo em técnicas e em efeitos. Assim descrita, a pintura não é uma simples visão que se deveria, em seguida, transcrever na materialidade do espaço. Não é mais um gesto nu cujas significações mudas e indefinidamente vazias deveriam ser liberadas por interpretações ulteriores. É inteiramente atravessada – independentemente dos conhecimentos científicos e dos temas filosóficos – pela positividade de um saber.

Nesse sentido, explica Deleuze (1992, p. 121) sobre a relação entre ver e dizer de que não se justificam as disjunções, separações e afastamentos provocados entre o visto e o dito, entre a forma do visível e a forma do enunciável, pois faz-se necessário seu entrecruzamento e tecedura, sendo que “é fora das formas, numa outra dimensão, que passa o fio que as costura uma à outra e ocupa o entre-dois”. Daí a importância de considerarmos na análise do discurso também as imagens e a relação entre imagens e palavras.

Os discursos fazem parte de construções históricas – ênfase que não num sentido evolutivo e hierarquizado da história – e estão **na** sociedade. Isto realça a importância de se considerar suas relações históricas e sociais, em que se tornam essenciais as análises das relações de poder imbricadas nos discursos. Segundo Gregolin (2004, p. 86), a análise do discurso possibilitaria tentativas de “compreender a irrupção dos acontecimentos discursivos, investigando as condições (histórico-sociais) que possibilitaram o seu aparecimento. Trata-se de investigar 'porque determinado enunciado apareceu e nenhum outro em seu lugar', isto é, porque tal enunciado é um acontecimento na ordem do saber”. No entanto, cabe destacar que, ao considerarmos as condições histórico-sociais de aparecimento do discurso, de acordo com Foucault (2008a), não estaremos caminhando longinquamente por estas condições, mas apreendendo-as por meio da superfície do próprio discurso.

Conforme explica Brandão (2004), o discurso seria o campo de articulação entre os saberes e os poderes, visto que o discurso, ao mediar o saber, propagaria o poder, de tal forma a minimizar ou anular qualquer restrição ou impedimento à manutenção e difusão do poder. Sobre esse sentido, Foucault (2008b, p. 8-9) diz que “em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo

número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade”. Desse modo, observam-se controles dos discursos, num estabelecimento constante sobre o que, como, quando e quem pode dizer.

Segundo Foucault (2002, p. 27), temos “que admitir que o poder produz saber (e não simplesmente favorecendo-o porque o serve ou aplicando-o porque é útil); que poder e saber estão diretamente implicados; que não há relação de poder sem constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder”, que “não é a atividade do sujeito de conhecimento que produziria um saber, útil ou arredio ao poder, mas o poder-saber, os processos e as lutas que o atravessam e que o constituem, que determinam as formas e os campos possíveis do conhecimento”.

Em relação a estes controles discursivos, Foucault (2008b) apresenta os “procedimentos de controle e delimitação do discurso”, primeiramente os que aparentemente se exerceriam do exterior do discurso, como sistemas de exclusão; em seguida, sobre os procedimentos “internos” (no qual se inclui o “comentário”, o “autor” e a “disciplina”), que “funcionam, sobretudo, a título de princípios de classificação, de ordenação, de distribuição, como se se tratasse, desta vez, de submeter outra dimensão do discurso: a do acontecimento e do acaso” (FOUCAULT (2008b, p. 21), gerando um autocontrole do discurso, que se inter-relacionaria com o que estaria além do discurso em sua aparência. Mas para Foucault haveria também um terceiro grupo de procedimentos, que se relacionaria aos outros dois grupos, sobre o qual apresenta os dizeres a seguir:

Desta vez, não se trata de dominar os poderes que eles têm, nem de conjurar os acasos de sua aparição; trata-se de determinar as condições de seu funcionamento, de impor aos indivíduos que os pronunciam certo número de regras e assim de não permitir que todo mundo tenha acesso a eles. Rarefação, desta vez, dos sujeitos que falam: ninguém entrará na ordem do discurso se não satisfizer a certas exigências ou se não for, de início, qualificado para fazê-lo. Mais precisamente: nem todas as regiões do discurso são igualmente abertas e penetráveis; algumas são altamente proibidas (diferenciadas e diferenciantes), enquanto outras parecem quase abertas a todos os ventos e postas, sem restrição prévia, à disposição de cada sujeito que fala. (FOUCAULT, 2008b, p. 36-37).

Mas explica Gregolin (2004, p. 105): “todos esses sistemas de sujeição e de controle do discurso são interligados, não há uma fronteira que delimite seus espaços”. Portanto, fica difícil estabelecermos estanquamente estes procedimentos como “internos” e



“externos”, visto que “exterioridade” e “interioridade” se relacionam e estão interligadas no discurso.

Entretanto, em virtude da importância desta discussão para a análise do discurso nesta pesquisa, salientaremos os procedimentos visualizados aparentemente como “externos”, dentre os quais Foucault (2008b, p. 9) refere os “procedimentos de exclusão”, entre os quais considera como mais evidente a “interdição”: “Tabu do objeto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala: temos aí o jogo de três tipos de interdições que se cruzam, se reforçam ou se compensam, formando uma grade complexa que não cessa de se modificar”.

Sobre este aspecto, podemos fazer um paralelo com a legitimidade do Ministério da Saúde no “dizer” das campanhas preventivas: este pode informar sobre doença e saúde por ser o órgão oficial nacional relacionado, mas pode falar exclusivamente sobre o que é estabelecido oficialmente e do modo determinado pelo “Estado” (num sentido de não centralidade); extensivamente, os profissionais e serviços da área da Saúde, diante da legitimidade do Ministério da Saúde, falam o que, do modo e quando se torna determinado por esta instituição oficial. Por isso, torna-se difícil criticar, questionar e refletir o legitimado oficial e socialmente. Desse modo, simplesmente internalizam-se as informações, sem absorções e assimilações, e as reproduz no dia-a-dia para o outro e para o eu. Questionar (ou querer questionar) se torna conflitante.

Além disso, deter o poder de propagar o discurso legitimado torna-se desejante e desejado, perpetuando o estabelecido inquestionável, conforme diz Foucault (2008b, p. 10):

Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder. Nisto não há nada de espantoso, visto que o discurso [...] não é simplesmente aquilo que se manifesta (ou oculta) o desejo; é, também, aquilo que é o objeto do desejo; é visto que [...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar.

Entre os procedimentos de exclusão, Foucault (2008b) aponta também a “segregação” – incluindo nesta separações e rejeições – do que não se encaixa nos padrões e normas estabelecidos pela legitimação e dominação, ocorrendo um silenciamento social do **considerado** “anormal”, “louco”, “perigoso”, “rebelde”.

Outro procedimento de exclusão estabelecido por Foucault (2008b) seria a

“vontade de verdade”, numa oposição entre verdadeiro e falso, observando-se a construção de “verdades” legitimadas na sociedade. Conforme diz Foucault (2008b, p. 15, grifo do autor), “a verdade a mais elevada já não residia mais no que *era* o discurso, ou no que ele *fazia*, mas residia no que ele *dizia*: chegou um dia em que a verdade se deslocou do ato ritualizado, eficaz e justo, de enunciação, para o próprio enunciado: para seu sentido, sua forma, seu objeto, sua relação a sua referência”.

Assim, o que se torna a **única** “verdade” seria o que é informado pelo Ministério da Saúde, que, por conseguinte, expressa a “verdade” determinada pela “medicina” (no sentido ampliado de “ciências da saúde”, e não apenas relativo ao profissional médico).

Cabe salientar que o termo “Ciências da Saúde” é utilizado neste texto, no lugar do termo “medicina”, para que não reduzamos os sentidos trabalhados a uma profissão ou a uma área de atuação e conhecimento, visto já ser o termo “Ciências da Saúde” comumente utilizado para designar o conjunto dos campos de atuação profissional relativos à área da “Saúde”. Aqui, o termo “Ciências da Saúde” abarcaria uma diversidade de conhecimentos e atuações relacionados à saúde e à doença. Apesar de Canguilhem (2005, p. 37) considerar a “saúde” como algo “fora do campo do saber”, como não sendo um conceito científico, mas “comum, ao alcance de todos”, utilizamos o termo “Ciências da Saúde” no sentido de área de atuação e conhecimento cujo objetivo propagado se torna o que se denomina como “saúde”, não obstante lidar cotidianamente com doenças e agravos, como “Ciências da Doença” ou “Ciências contra a doença”.

No entanto, não procuramos suprimir, utilizando o termo “Ciências da Saúde”, que historicamente a medicina tem se constituído como base para uma forma de pensamento em relação à saúde e à doença, como eixo de uma “verdade” construída, e de modelo para atuação por outras áreas das “Ciências da Saúde”, visto o estabelecimento de ações que se tornaram um “poder” no campo da Saúde, em que se inclui o ato de prescrever tratamentos.

A propagação e não-questionamento do discurso do Ministério da Saúde, também no dizer do serviço e profissional da área da saúde, enaltecem a “verdade” estabelecida pelo próprio saber desta área, legitimando na realidade sua própria “verdade”, que se torna cada vez mais arraigada na sociedade como a “verdade”, gerando seu questionamento automaticamente fadado a ser considerado “falso”.

Dessa forma, há o estímulo e a determinação de, enquanto profissionais da

saúde, sermos meramente técnicos, no sentido de reprodutores de fazeres estabelecidos, e não pesquisadores, questionando determinações. Assim, de acordo com as palavras de Foucault (2008b, p. 16-17),

apareceu uma vontade de saber que, antecipando-se a seus conteúdos atuais, desenhava planos de objetos possíveis, observáveis, mensuráveis, classificáveis; uma vontade de saber que impunha ao sujeito cognoscente (e de certa forma antes de qualquer experiência) certa posição, certo olhar e certa função (ver, em vez de ler; verificar, em vez de comentar); uma vontade de saber que prescrevia (e de um modo mais geral do que qualquer instrumento determinado) o nível técnico do qual deveriam investir-se os conhecimentos para serem verificáveis e úteis. Tudo se passa como se, a partir da grande divisão platônica, a vontade de verdade tivesse sua própria história, que não é a das verdades que constroem: história dos planos de objetos a conhecer, história das funções e posições do sujeito cognoscente, história dos investimentos materiais, técnicos, instrumentais do conhecimento.

Desse modo, o sentido de disponibilização e propagação das informações pelas campanhas preventivas para a população se torna uma “dádiva educativa”, por ser considerada uma forma de “educação” da população, camuflando o sentido de controle, normalização e padronização das informações e do modo de informar. Sobre este aspecto, Foucault (2008b, p. 17) evidencia que

essa vontade de verdade, como os outros sistemas de exclusão, apóia-se sobre um suporte institucional: é ao mesmo tempo reforçada e reconduzida por todo um compacto conjunto de práticas como a pedagogia, é claro, como o sistema dos livros, da edição, das bibliotecas, como as sociedades de sábios outrora, os laboratórios hoje. Mas ela é também reconduzida, mais profundamente sem dúvida, pelo modo como o saber é aplicado em uma sociedade, como é valorizado, distribuído, repartido e de certo modo atribuído.

Diante disto, como descrever o que se evidencia como apenas querendo o melhor para a sociedade, o melhor para cada um de nós? Como refletir e discutir sobre a “Saúde-Educação”? Afinal, é compreensível que determinadas medidas preventivas poderiam diminuir níveis de morbidade e/ou mortalidade para determinadas doenças, mas é isto que se mostra? Como isto é posto em evidência quando se tornam campanhas preventivas? O sujeito, que seria o agente da reprodução dos cuidados preventivos, seria realmente considerado nesta relação?

Nesse sentido, Fischer (1996, p. 71-72) explica, acerca das concepções de Foucault, que estaríamos diante de

um poder preocupado com o bem-estar da população e a saúde de cada um em particular, um poder que se reveste de 'bondade' e sincera dedicação a toda a comunidade, mas que não tem condição de exercer-se senão munido-se de toda a informação sobre cada grupo, sobre o que pensam e sentem todos os indivíduos e como estes podem ser melhor dirigidos. O problema é este: como e por que lutar contra quem nos protege e quer nosso bem?

Relacionaremos a seguir também os procedimentos de controle do discurso visualizados aparentemente como “internos”, salientando que não estamos a contrapor “interioridade” e “exterioridade”. Dentre estes, Foucault (2008b) apresenta os seguintes: “comentário”, “autor” e “disciplina”.

Sobre o “comentário”, cujo papel seria “o de dizer *enfim* o que estava articulado silenciosamente no *texto primeiro*”, apresenta que se faria no “dizer pela primeira vez aquilo que, entretanto, já havia sido dito e repetir incansavelmente aquilo que, no entanto, não havia jamais sido dito”, mas que “a repetição indefinida dos comentários é trabalhada no interior pelo sonho de uma repetição disfarçada: em seu horizonte não há talvez nada além daquilo que já havia em seu ponto de partida, a simples recitação” (FOUCAULT, 2008b, p. 25, grifo do autor). Pode-se visualizar esta circunstância em ditos das “Ciências da Saúde”, que compreendem fórmulas de modos de se viver, de se diagnosticar, de se prevenir, consideradas cada vez mais inovadoras, baseadas em perspectivas já definidas e estabelecidas, legitimando cíclica e crescentemente o discurso das “Ciências da Saúde”, tornando **as** verdades **uma única** verdade, ao parafrasear **um** sentido da e apesar da polissemia dos dizeres.

Acerca do “autor”, entendido como “princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como foco de sua coerência” e não como “indivíduo falante que pronunciou ou escreveu um texto” (FOUCAULT, 2008b, p.26), pode-se dizer que se torna uma construção e invenção para legitimação de uma verdade.

Em relação à “disciplina”, que “se define por um domínio de objetos, um conjunto de métodos, um corpus de proposições consideradas verdadeiras, um jogo de regras e de definições, de técnicas e instrumentos” (FOUCAULT, 2008b, p. 30), também se pode referir que se torna uma elaboração de definição de verdades, legitimando-as constantemente, e de segregação de outras verdades por não se encaixarem nas padronizações estabelecidas pela disciplina. Assim, enaltece-se o disciplinar e aquele disciplinar para se fazer, numa relação de forças, hierarquicamente acima de qualquer suspeita e de qualquer saber, conforme

diz Foucault (2008b, p. 32), que

a partir do século XIX, uma proposição não era mais médica, ela caía 'fora da medicina' e adquiria valor de fantasma individual ou de credence popular se pusesse em jogo noções a uma só vez metafóricas, qualitativas e substanciais (como as de engasgo, de líquidos esquentados ou de sólidos ressecados); ela podia e devia recorrer, em contrapartida, a noções tão igualmente metafóricas, mas construídas sobre outro modelo, funcional e fisiológico (era a irritação, a inflamação ou a degenerescência dos tecidos).

Retomando os procedimentos considerados no terceiro grupo de procedimentos definido por Foucault (2008b), ou seja, “ritual”, “sociedades de discurso”, “doutrinas” e “apropriações sociais do discurso”, torna-se essencial compreendê-los como “procedimentos de sujeição do discurso”, relacionados a processos de submissão do discurso a determinação de sujeitos construídos e aparentes – um assujeitamento do discurso, visto que o termo “sujeito” já designa também subordinação, submissão, dependência. Entre estes procedimentos, cabe enfatizar que

o ritual define a qualificação que devem possuir os indivíduos que falam (e que, no jogo de um diálogo, da interrogação, da recitação, devem ocupar determinada posição e formular determinado tipo de enunciados); define os gestos, os comportamentos, as circunstâncias, e todo o conjunto de signos que devem acompanhar o discurso; fixa, enfim, a eficácia suposta ou imposta das palavras, seu efeito sobre aqueles aos quais se dirigem, os limites de seu valor de coerção. (FOUCAULT, 2008b, p.39).

Esta noção de “ritual” se torna relevante na compreensão da importância da legitimidade e do estabelecimento desta em relação à fonte dos dizeres a serem transmitidos à população nas campanhas preventivas, que se caracteriza tanto na instituição que diz, neste caso, o Ministério da Saúde, como na propagação pelos serviços e profissionais da saúde; tanto na apresentação de uma pessoa considerada célebre para falar e mostrar nas campanhas como na perpetuação do discurso da “medicina” por meio das falas e dizeres de outros, sejam pessoas, sejam instituições. Ou seja, constrói-se um ritual do “dizer” que enfatize cada vez mais a legitimidade da fonte do dizer.

Nesse sentido, também se acrescenta a noção de Foucault sobre o procedimento “sociedades de discurso”, “cuja função é conservar ou produzir discursos, mas para fazê-los circular em um espaço fechado, distribuí-los somente segundo regras estritas, sem que seus detentores sejam despossuídos por essa distribuição” (FOUCAULT, 2008b, p. 39). Pois, apesar de se espalhar e se reproduzir o discurso legitimado na sociedade, não se mostra o que estaria entre, intra e além da superfície deste discurso. Afinal, conforme

Foucault (2008b, p. 40), “mesmo na ordem do discurso verdadeiro, mesmo na ordem do discurso publicado e livre de qualquer ritual, se exercem ainda formas de apropriação de segredo e de não-permutabilidade”.

Desse modo, também cabe enfatizar o procedimento “doutrina”, que “realiza uma dupla sujeição: dos sujeitos que falam aos discursos e dos discursos ao grupo, ao menos virtual, dos indivíduos que falam” (FOUCAULT, 2008b, p. 43). Assim, para Foucault, a doutrina se relacionaria às caracterizações de pertenças prévias, estabelecendo que “é pela partilha de um só e mesmo conjunto de discursos que indivíduos, tão numerosos quanto se queira imaginar, definem sua pertença recíproca. Aparentemente, a única condição requerida é o reconhecimento das mesmas verdades e a aceitação de certa regra – mais ou menos flexível – de conformidade com os discursos validados” (FOUCAULT, 2008b, p. 42). Dessa forma, encaixar-se em determinado padrão de discurso significa fazer parte da coletividade, que se estabelece pela valorização e manutenção deste discurso. Portanto, questionar o discurso representaria estar fora do contexto.

Torna-se importante também refletirmos sobre o procedimento “apropriação social dos discursos”, apresentado por Foucault (2008b, p. 43):

Sabe-se que a educação, embora seja, de direito, o instrumento graças ao qual todo indivíduo, em uma sociedade como a nossa, pode ter acesso a qualquer tipo de discurso, segue, em sua distribuição, no que permite e no que impede, as linhas que estão marcadas pela distância, pelas oposições e lutas sociais. Todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo.

Portanto, a apropriação do discurso legitimado torna-se um trunfo alçado pela educação, geralmente estabelecido pelos profissionais da saúde, mas também evidenciado na população em geral. Daí a legitimidade e ênfase apresentada pela “Saúde-Educação”, incluindo a propagação das campanhas preventivas. Afinal, como diz Foucault (1997, p. 12), “as práticas discursivas não são pura e simplesmente modos de fabricação de discursos. Ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas, que ao mesmo tempo as impõem e as mantêm”.

Como então descrever este sentido educativo diante de tantos jogos de interesses e desejos? Nesse sentido, enfatizamos os seguintes dizeres de Foucault (2008b, p.

44): “O que é afinal um sistema de ensino senão uma ritualização da palavra; senão uma qualificação e uma fixação dos papéis para os sujeitos que falam; senão a constituição de um grupo doutrinário ao menos difuso; senão uma distribuição e uma apropriação do discurso com seus poderes e seus saberes?”.

Constrói-se, a partir das práticas educativas, o autocontrole, o controle por si próprio, como ideal de suposta “eficiência” a ser alcançada, conforme diz Deleuze (1992, p. 141): “Não é mais o domínio das regras codificadas do saber (relação entre formas), nem o das regras coercitivas do poder (relação da força com outras forças), são regras de algum modo *facultativas* (relação a si): o melhor será aquele que exercer um poder sobre si mesmo.”.

Vale ressaltar que não se está aqui a definir se os discursos são falsos ou verdadeiros, se revelam aspectos de cientificidade ou de verdade; não se está aqui a analisar e julgar as realizações e os resultados científicos, nem os critérios diagnósticos utilizados na medicina, visto sabermos de sua necessidade e importância clínica e social. Estamos a ver “como se produzem efeitos de verdade no interior de discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos” (FOUCAULT, 2007, p. 7), a partir dos materiais educativos de campanhas preventivas que foram selecionados, visto que os efeitos de verdade se relacionam a efeitos de poder e a formações de saberes (FOUCAULT, 2007). Ademais, as diversas relações de poder que se entrelaçam na sociedade “não podem se dissociar, se estabelecer nem funcionar sem uma produção, uma acumulação, uma circulação e um funcionamento do discurso” (FOUCAULT, 2007, p. 179). Por isso, a importância de se visualizar o funcionamento do discurso para compreensão das relações de poder-saber.

Afinal, entende-se a “verdade” não como “conjunto das coisas verdadeiras a descobrir ou a fazer aceitar”, mas como “conjunto das regras segundo as quais se distingue o verdadeiro do falso e se atribui ao verdadeiro efeitos específicos de poder” (FOUCAULT, 2007, p. 13), como “conjunto de procedimentos regulados para a produção, a lei, a repartição, a circulação e o funcionamento dos enunciados”, estando “circularmente ligada a sistemas de poder, que a produzem e apóiam, e a efeitos de poder que ela induz e que a reproduzem” (FOUCAULT, 2007, p. 14).

No entanto, estes materiais educativos, por suas características, acabam por não expor a profundidade do conhecimento das “Ciências da Saúde”, que deve abranger a relatividade e a singularidade nas relações entre ser humano, saúde e doença, pois não

podemos reduzir o “científico” ao que pode ser mensurado e quantificado (MACHEREY, 2010).

Como diz Canguilhem (2012), não há como desprezar o conhecimento biológico (que aqui estendo para conhecimento das “Ciências da Saúde”), mas ao torná-lo apenas um conhecimento em si, isolado em seu próprio conhecimento restrito, lhe silencia o sentido das relações, das interações, das correspondências. Portanto, o conhecimento precisa estar em sintonia com a totalidade do ser, em sua complexidade, transformatividade e singularidade, incluindo suas relações com o mundo.

Assim, quando dizemos do “Estado”, do “Ministério da Saúde”, das “Ciências da Saúde”, da “Medicina”, não estamos a realizar análises dualistas que contrapõem “Ciências da Saúde” e “Estado” à população, pois não estamos a julgar concepções e apresentar “novas verdades” como as “verdadeiras” e também não estamos a definir uma fonte localizada de poder, e nem a estabelecer a origem de uma dominação hierárquica e unilateral.

Afinal, conforme explica Deleuze (1988, p. 83-84) acerca das concepções de Foucault, “o Estado supõe as relações de poder, longe de ser a sua fonte”. Pois o poder se torna permeante, difuso e instável, em relações e interações múltiplas, móveis e diversas, sem focalizações, sem *locus* definido, sem unilateralidades, e “marcando inflexões, retrocessos, retornos, giros, mudanças de direção, resistências”, constituindo “estratégias” (DELEUZE, 1988, p. 81). Nesse sentido, para Foucault (2007, p. 183), faz parte da análise

não tomar o poder como um fenômeno de dominação maciço e homogêneo de um indivíduo sobre os outros, de um grupo sobre os outros, de uma classe sobre as outras; mas ter bem presente que o poder – desde que não seja considerado de muito longe – não é algo que se possa dividir entre aqueles que o possuem e o detêm exclusivamente e aqueles que não o possuem e lhe são submetidos. O poder deve ser analisado como algo que circula, ou melhor, como algo que só funciona em cadeia. Nunca está localizado aqui ou ali, nunca está nas mãos de alguns, nunca é apropriado como uma riqueza ou um bem. O poder funciona e se exerce em rede. Nas suas malhas os indivíduos não só circulam mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; nunca são o alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão. Em outros termos, o poder não se aplica aos indivíduos, passa por eles. Não se trata de conceber o indivíduo como uma espécie de núcleo elementar, átomo primitivo, matéria múltipla e inerte que o poder golpearia e sobre o qual se aplicaria, submetendo os indivíduos ou estraçalhando-os. Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos de poder. Ou seja, o indivíduo não é o



outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constituiu.

Portanto, não estamos a definir o que poderia ser “certo” e “errado”, não estamos a apontar “culpados” ou “responsáveis”. Realizamos “experimentações”<sup>5</sup>, descrevemos jogos de relações, que podem ser outros caso observemos sob outros ângulos e enfoques, que não são estanques, imutáveis, absolutos. No entanto, considerando a existência de controles dos discursos, conforme apresentados por Foucault (2008b), passamos por entre esta interrogação de Foucault (2007, p. 179), sem no entanto termos a pretensão de respondê-la: “Em uma sociedade como a nossa, que tipo de poder é capaz de produzir discursos de verdade dotados de efeitos tão poderosos?”.

Analisar os discursos com fundamentação nas compreensões de Michel Foucault **não** se torna algo fácil; faz-se doloroso perceber, apreender, compreender a superfície do discurso a partir das imbricações de palavras e imagens em materiais corriqueiramente conhecidos e legitimados, caminhando em sentido contrário a sentidos construídos previamente, fortemente aderidos a nossas histórias. Surge assim o medo de transformações: o que será do sujeito (enquanto eu e nós e você) ao tramitar por este percurso?

Sobre este aspecto, diz Foucault (2008b, p. 6): “Existe em muita gente, penso eu, um desejo semelhante de não ter de começar, um desejo de se encontrar, logo de entrada, do outro lado do discurso, sem ter de considerar do exterior o que ele poderia ter de singular, de terrível, talvez de maléfico”. Pois é mais fácil continuar a perceber sem refletir, sem apreender, sem sentir. As transformações podem gerar sofrimento. Além disso, como diz Fischer (1996, p. 286), “os mecanismos de poder tornam-se realmente cada vez mais sutis e de uma sofisticação tal que quase não ousamos questioná-los, até porque acabamos por percebê-los como um bem para nós”.

Segundo Deleuze (1992), analisar os discursos se faria a partir do seguimento e desemaranhamento de linhas, sem se remontar os e aos pontos, aparentemente formadores destas linhas: “Não buscaríamos origens mesmo perdidas ou rasuradas, mas pegariamos as coisas onde elas crescem, pelo meio: rachar as coisas, rachar as palavras” (DELEUZE, 1992,

---

5 Realizar experimentações, neste sentido, **não** quer dizer realizar pesquisa experimental.

p. 109). As fendas imaginárias ocasionadas por nosso olhar na superfície do discurso permitiriam que a superfície se desintegrasse em partes apreensíveis. Desse modo, em relação ao pensar, ver e falar, Deleuze (1992, p. 119) considera essencial “que o olho não permaneça nas coisas e se eleve até as 'visibilidades', e de que a linguagem não fique nas palavras ou frases e se eleve até os enunciados.”, extraíndo dos discursos as 'visibilidades' e os enunciados pelas fendas construídas, sendo que as 'visibilidades' seriam “o regime de luz, e as cintilações, os reflexos, os clarões que se produzem no contato da luz com as coisas.” (DELEUZE, 1992, p. 120), que vão se fazendo e transformando em relações de imagens e palavras no seu “mais além”.

Por conseguinte, seguindo o suposto questionamento de Foucault exposto por Deleuze (1992, p. 123) – “como transpor a linha, como ultrapassar as próprias relações de força?” – expomos nossas tentativas de resistências às confluências de relações de poder, ou seja, de relações de força, também imbricadas nas formas do saber: tentativas dolorosas de “transpor essa linha”, de “passar para o outro lado”, de “ir mais além do saber-poder” (DELEUZE, 1992, p. 136), permeando as superfícies.

## CAPÍTULO II – AS REGRAS DA “AMARELINHA” PARA SE CHEGAR AO “PARAÍSO DA SAÚDE”

Ao visualizarmos o cartaz a seguir (**figura 1**), material educativo de uma das campanhas do Ministério da Saúde<sup>6</sup>, tem-se o sentido de que a atividade física é um caminho direto para a saúde e para a felicidade, que inclusive é quantificada em “mais saúde”, supondo haver diversos níveis quantificáveis de saúde.

---

6 Segundo informações constantes do site do Ministério da Saúde (<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co\\_seq\\_campanha=2731](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=2731)>), período de veiculação da campanha relacionada ao “Dia Mundial da Atividade Física” com o slogan “Eu sou do time que se movimenta pela saúde”: 05/04/2009 a 30/04/2009.

www.saude.gov.br  
DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

**Praticar atividade física é tão simples que você faz brincando.**

**TIME MAIS SAÚDE**

MAIS SAÚDE

fazer caminhada

ir a pé ao trabalho

dançar

andar de bicicleta

cuidar do jardim

limpar a casa

ginástica no trabalho

correr

brincar

vogar

**Entre no movimento pela SAÚDE.**

SUS 30 ANOS

Ministério da Saúde

BRASIL UM PAÍS DE TODOS GOVERNO FEDERAL

**Figura 1.** Cartaz de campanha preventiva do Ministério da Saúde.  
Fonte: <www.saude.gov.br>.

Observa-se na imagem (**figura 1**) que a “amarelinha”<sup>7</sup>, uma brincadeira de criança – remetendo-nos portanto à juventude e jovialidade – está desenhada sobre a terra, portanto a promessa seria no contexto atual de vida e não no “além”, tendo a morte como linha divisória. A “amarelinha” da imagem apresenta diversas frases com verbos infinitivos que funcionam como imperativos, sem pormenores ou explicações de como fazer ou o que seria exatamente realizar suas ações, indicando que as regras e ordens a serem transpostas na brincadeira levarão ao campo da “amarelinha” indicado geralmente como “céu” ou “paraíso”, que na imagem está indicado como “mais saúde”.

Portanto, observa-se no material educativo que, para se ter “mais saúde” e para se chegar ao “céu” ou ao “paraíso”, objetivo estabelecido pela imagem e pela brincadeira “amarelinha”, seria preciso seguir as regras e ordens determinadas pelo Ministério da Saúde. Sabe-se que o sentido de “céu” e “paraíso” é transcendental em nossa sociedade, ligado à religiosidade, supondo-se que um comportamento condizente com padrões estabelecidos pela religião escolhida seria o caminho e a garantia para “um lugar ao céu”, e que o “céu” seria um “paraíso”, em contraposição ao sentido de “inferno”. Desse modo, o desejo de “ir para o céu” e de “viver num paraíso”, numa situação “além morte”, é estabelecida pela imagem para o “estar vivo”, enfatizando a importância das regras prescritas pela imagem. Afinal, os personagens da imagem estão mostrando alegria, felicidade, disposição, jovialidade, se relacionando assim a já estarem no “céu” ou no “paraíso” (terrestre), pois estariam com “mais saúde”.

Desse modo, o Ministério da Saúde, um representante do “Estado”, se torna o detentor das chaves e dos seguimentos para a “saúde-salvação”, o “portal” da “saúde” e da “salvação”. Inclusive, no site do Ministério da Saúde, pode-se observar, abaixo do nome do órgão “Ministério da Saúde”, o termo “Portal da Saúde” em evidência<sup>8</sup>. Nesse sentido, Martins e Peixoto Júnior (2009, p. 158), referem que “o poder dirigido para a salvação das almas [...] se desdobrou e se estendeu para o Estado [...]. A salvação espiritual assume então uma forma terrestre, se infiltra no corpo social, e passa a ter como objetivos a saúde e o bem-estar da população”.

---

7 Segundo o Dicionário HOUAISS (2006), “amarelinha” é uma “brincadeira infantil que consiste em saltar, com apoio numa só perna, casa a casa de uma figura riscada no chão, após jogar uma pequena pedra achatada, ou objeto semelhante, em direção a cada uma das casas (quadrado), seqüencialmente, pulando a que contém a pedra ou objeto”.

8 Conforme observação do site <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)> em Setembro de 2011.

Assim, o “poder” e o “saber” das “Ciências da Saúde” de supostamente “produzir saúde” pode ser comparado ao “poder pastoral” referido por Michel Foucault, que “consiste em criar e incentivar uma série de procedimentos, ligados a um objetivo último: a salvação individual” (FISCHER, 1996, p. 75).

Conforme explica Ortega e Zorzanelli (2010, p. 74) a “conquista da saúde” se tornou um objetivo de vida prometido pelas “Ciências da Saúde”, mediante o seguimento de suas ordens e regras: “a crença em uma fonte renovável e inesgotável de saúde, a qual se deve procurar com afincamento, tem permeado o imaginário social [...]. Assistimos à formação de um paradigma da saúde perfeita, baseado na crença de que é possível evitar e controlar ao máximo os danos de que o corpo padece”. Assim, promete-se a dominação do previsível e do imprevisível (SIBILIA, 2003), apesar de o “previsível” e o “imprevisível” serem construídos pelo próprio saber das “Ciências da Saúde”: criam-se então “milagres” definidos.

Portanto, as “Ciências da Saúde”, ao se estabelecerem como poder-saber “pastoral”, demonstrando preocupações e motivações para que as “ovelhas” de seu “rebanho” (e seria considerado “seu” **todo** o “rebanho”) sigam o “rumo certo” (ou seja, o “rumo” estabelecido), escondem o sentido de legitimação e hierarquização de um saber, que se torna assim “o saber” (como único e especial), “o saber verdadeiro”, “a verdade”, “a verdade científica”. E ao se tornar o “caminho” para a “saúde”, para a “salvação”, constrói-se como “fonte dos desejos”. Nesse sentido, fazem-se importantes os dizeres de Sibilía (2003, p. 49):

Por ser um saber de tipo fáustico, a tecnociência contemporânea almeja ultrapassar todas as limitações biológicas ligadas à materialidade do corpo humano, rudes obstáculos orgânicos que restringem as potencialidades e as ambições dos homens. Vários deles correspondem ao eixo temporal da existência. A fim de romper essa barreira imposta pela temporalidade humana, portanto, o armamento científico-tecnológico é colocado a serviço da reconfiguração do que é vivo e em luta contra o envelhecimento e a morte.

Além disso, quando o cartaz da campanha (**figura 1**) coloca em evidência, no canto superior esquerdo, a frase “*Praticar atividade física é tão simples que você faz brincando*”, comparando a atividade física a uma brincadeira, enfatiza uma “facilidade” de se realizar as atividades físicas, pois nesse sentido “até as crianças” fariam, geralmente colocadas num sentido de inferioridade física e intelectual na sociedade.

Assim, diante de tanta simplicidade e facilidade, apesar das dificuldades cotidianas de grande parte da população brasileira, o não fazer atividades físicas ou o não

fazer de modo regular e constante seria indicado como “falta de vontade” e “preguiça”, transferindo-se desse modo uma “culpa” imaginária para a pessoa, ou seja, se não foi para o “céu”/ “paraíso”/ “mais saúde” seria porque não se seguiu as regras estabelecidas, por escolha unicamente da pessoa. Constrói-se assim um “purgatório da saúde”, silenciando-se problemas sociais, que não são considerados na análise da “pena” a ser instituída, levando-o ao “céu” ou ao “inferno”, à “saúde” ou à “doença”, ao “mais saúde” ou ao “menos saúde”.

Na parte mais inferior do cartaz (**figura 1**), à direita, tem-se a frase “Entre no movimento pela SAÚDE” e mais acima, à esquerda, observa-se um emblema verde circular com as palavras “TIME” e “MAIS SAÚDE” em seu interior, conforme mostrado em detalhe a seguir, em um dos materiais da campanha (“Brasão do Time Mais Saúde”)<sup>9</sup> (**figura 2**):



**Figura 2.** Material de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

9 Brasão visualizado nos materiais da campanha relacionada ao “Dia Mundial da Atividade Física” com o slogan “Eu sou do time que se movimenta pela saúde” (2009) e da campanha “Entre para o time onde atividade física e o meio ambiente jogam juntos” (2008).

No material a seguir (**figura 3**), além de ser retomada a frase “*Praticar atividade física é tão simples que você faz brincando*”, na frente e no verso da ventarola (sendo que no verso é antecedida da expressão “*Lembre-se*”), apresenta-se no verso a frase “*Entre para o Time Mais Saúde*”. Também, são enfatizadas determinadas regras entre círculos no verso da ventarola, que supõem que a simples determinação das ordens “*Trabalhe melhor*”, “*Divirta-se! Faça atividade física no tempo livre*”, “*Valorize o transporte público*” e “*Aproveite os espaços que a sua cidade oferece*” seria suficiente para que fossem anulados todos os problemas sociais, em relação aos trabalhos, às desigualdades econômicas e à estrutura urbanística, implicando que todos deveriam fazer seguir as regras estabelecidas pela campanha preventiva e que quem resistir ou não se adequar seria considerado “fora do time”, independentemente do contexto social, cultural, econômico e biológico.





**Figura 3.** Material (ventarola, frente e verso) de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <www.saude.gov.br>.

Ao formarem um time imaginário denominado “Mais Saúde” e determinando que o seguimento das regras do time (ou seja, da campanha) sejam os parâmetros para “estar no time”, forma-se um dualismo social, dividindo e classificando a sociedade em pessoas com “mais saúde” (e portanto pertencentes ao time) e pessoas com “menos saúde”, em pessoas “saudáveis” e pessoas “doentes”, em pessoas que “vão para o céu” e pessoas “que vão para o inferno”, literalmente condenando as pessoas doentes, como se a doença e o não seguimento das regras determinadas pela campanha fossem pecados e penas.

Nessa criação de “times” imaginários de pessoas com “mais saúde”, formam-se, como diz Ortega (2008), bioidentidades e biossociabilidades a partir de padronizações de “saúde”, de ideologias e moralidades de uma suposta saúde, de discursos sobre riscos, de regras de autocuidado, autovigilância, autocontrole, autodisciplina e autoaperfeiçoamento. Assim explica Ortega (2008, p. 33):

O indivíduo se constitui como autônomo e responsável, interiorizando o discurso do risco. O corpo e o *self* são modelados pelo olhar censor do outro que leva à introjeção da retórica do risco, resultando na constituição de um indivíduo responsável, que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o afastamento dos riscos.

Portanto, somos “responsáveis” para sermos responsabilizados, somos autônomos para nos vigiarmos e sermos vigiados, temos liberdade para cumprirmos regras e sermos culpabilizados. Tornamos nós mesmos o nosso corpo em o não-nosso corpo, mas o corpo do todo ou de todos.

Em relação aos aspectos refletidos por Roure (2011) acerca do estabelecimento das “tribos” e das “torcidas organizadas” em nossa sociedade, referindo que “esse formato de socialização marcado por uma espécie de auto suficiência-grupal é produtora de fortes laços entre os membros do grupo sempre mediados por traços ou objetos utilizados pelos pares como elementos identificatórios” (ROURE, 2011, p. 156), percebe-se uma tentativa de estabelecimento de agrupamentos e redes sociais a partir de referências construídas de “saúde”, produzindo-se identificações no corpo e no discurso, como a presença ou ausência de doenças, como o “desfilar” por pistas de caminhadas ou academias, como o uso ou não uso de produtos farmacêuticos, como o consumo de produtos e espaços considerados “saudáveis”, como a utilização de vestimentas e acessórios relacionados ao “ser saudável”.

De acordo com Roure (2011), desse modo, constrói-se uma imagem de si, alienada e alienante, a partir da imagem ilusoriamente especular do outro, integrante do grupo, e todos os pertencentes ao grupo se tornam como “iguais”, transformando-se o sentido de singularidade de cada um, que é suprimido, em uma padronização idealizada do grupo.

Inclusive, numa das campanhas preventivas do Ministério da Saúde, são apresentadas camisetas e bonés com o brasão do “Time Mais Saúde”<sup>10</sup> (**figura 4**):

---

10 Segundo informações constantes do site do Ministério da Saúde (<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co\\_seq\\_campanha=3765](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=3765)>), período de veiculação da campanha relacionada ao “Dia da Promoção da Qualidade de Vida”: 11/04/2010.



**Figura 4.** Materiais de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

Portanto, sabendo-se que os grupos sociais que apresentam mais condições econômicas seriam os que provavelmente teriam mais possibilidades de seguir as regras determinadas pelos materiais educativos, o dualismo entre “times” de pessoas com “mais saúde” e “menos saúde” estaria reforçando as hierarquizações sociais e econômicas, contrapondo “mais rico” com “mais pobre”, e condenando não apenas a doença, mas a pobreza, ao anular os problemas sociais.

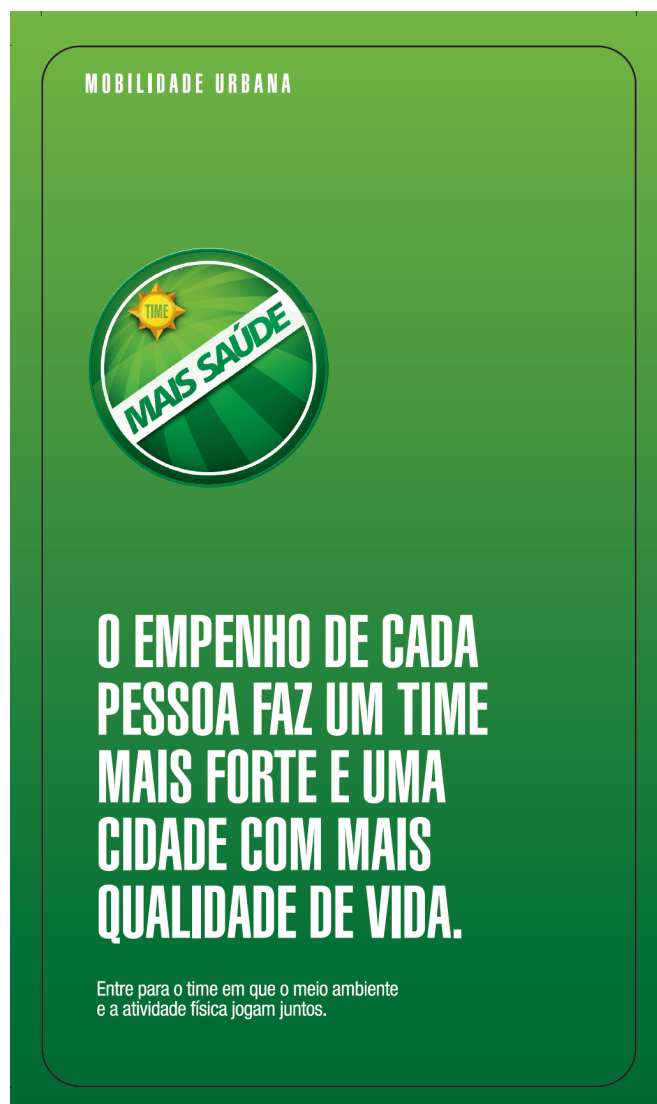
Do modo como a “saúde” é colocada nos materiais educativos – ao ser apresentada como ideal a ser alcançado apenas pelos que seguem as regras estabelecidas e que fazem parte do “time”, para as pessoas consideradas “saudáveis” e que “vão para o céu”, para os que têm “mais saúde” e “mais riqueza” e “mais tempo livre” – estabelece-se uma suposição eugênica, de que quem se “salvará” serão os integrantes do “time”.

Nesse sentido, como diz Ortega e Zorzaneli (2010, p. 75), “criam-se modelos ideais de sujeito baseados na performance física e se estabelecem novos parâmetros de mérito e reconhecimento cujas bases são regras higiênicas. As ações individuais passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade ou prolongamento da juventude”. Ou seja, são elaboradas padronizações e idealizações de saúde e vida de acordo com o saber das “Ciências da Saúde”, que devem se “encaixar” em cada um e em todos, como modos de querer, desejar, sentir e agir, como normas de ser e estar. O desejo deve ser querer sempre estar “mais jovem”, “mais saudável”, “mais feliz”, “mais ativo”. E como “ser jovem” se relaciona em nossa sociedade a sentidos de saúde, alegria e liberdade, ocorre uma “idealização da juventude”, conforme explica Roure (2011, p. 157):

E se o jovem se torna uma encenação do ideal cultural básico por que não promove-lo ao estatuto de ideal cultural. De fato, a presença de uma estética jovem faz-nos pensar na existência de um ideal cultural com o qual os adultos passam a se identificar. Todos querem ser adolescentes, todos fazem parte de uma mesma geração. [...]

Neste contexto, um discurso sobre a importância de ser jovem tem concedido ao corpo um lugar de destaque. A questão torna-se então produzir, no corpo, uma inscrição, ainda que ilusória, que permita ao adulto aceder ao mundo jovem. Frequentadores de academia, usuários de clínicas de estética, consumidores de anabolizantes, de silicones e de próteses as mais diversas, homens e mulheres, tem como objetivo manterem seus corpos tão jovens e saudáveis quanto os de seus filhos.

Além disso, conforme reflete o seguinte material de outra campanha<sup>11</sup> (**figura 5**), quanto mais os integrantes do “time” se empenharem para que as regras sejam seguidas, mais “forte” será o time, mais “ganhará os jogos”, e maiores serão as diferenciações na sociedade entre os que estão e não estão no “time”, mas se o time “fracassar”, a culpa será de seus integrantes e não da “direção” do “time”.



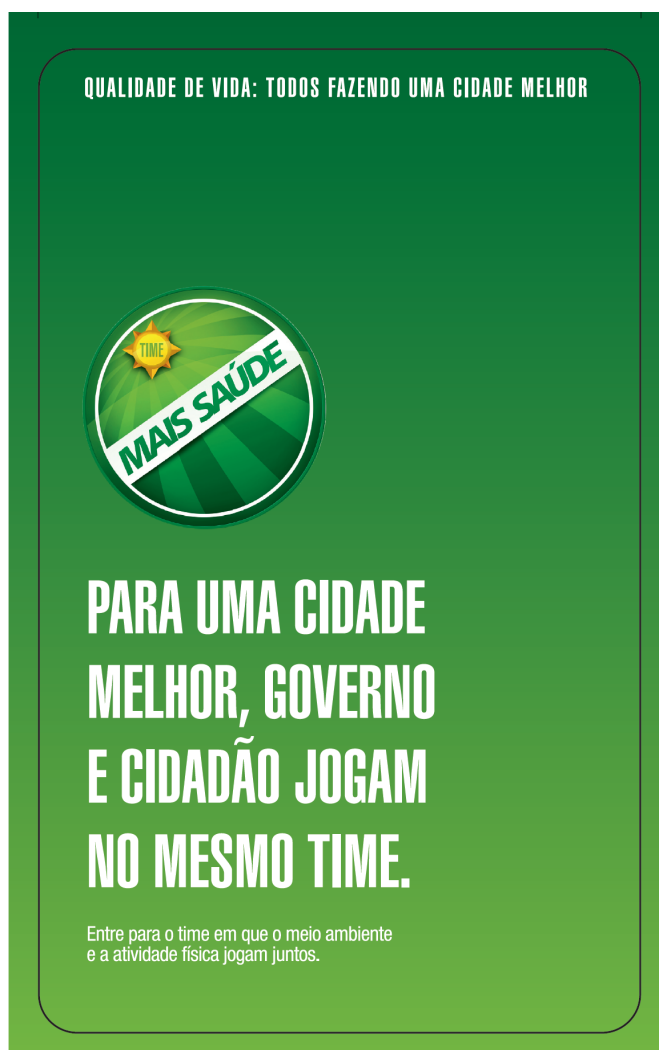
**Figura 5.** Material de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

---

11 Segundo informações constantes do site do Ministério da Saúde (<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co\\_seq\\_campanha=1685](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=1685)>), período de veiculação da campanha “Entre para o time onde atividade física e o meio ambiente jogam juntos” relacionada ao “Dia Mundial da Atividade Física” e ao “Dia Mundial da Saúde”: 04/06/2008 a 31/12/2008.

Desse modo, o “Estado” e as “Ciências da Saúde” se tornam produtores de um fazer com que o próprio indivíduo ininterruptamente se vigie, se controle, se discipline e se avalie, em relação a si e ao outro. Nesse sentido, se o indivíduo conseguir atingir o “padrão de saúde” estabelecido, o mérito é das “Ciências da Saúde”, detentora do saber para a “fonte da saúde”; afinal, a pessoa somente “seguiu as regras”. Entretanto, se não conseguir atingir o ideal, se não conseguir “entrar para o time”, se não conseguir “mais saúde” e atingir a *performance* de seu corpo na norma determinada pelo modelo, a culpa e a responsabilidade se tornam exclusivamente do indivíduo.

E isto é mais enfatizado ao se enaltecer a posição do “Estado” como fazendo parte do “time”, como mostrado no material de campanha a seguir (**figura 6**). Assim, se não se faz parte do “time”, pode-se estar numa posição contra o “Estado”, seria um “inimigo” do “Estado”, de todos, das “Ciências da Saúde” e de si mesmo.



**Figura 6.** Material de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

Portanto, o “time” precisa crescer e ficar “forte”, pois a população – mas dos “escolhidos”, dos normalizados e normalizáveis, dos padronizados e padronizáveis –, conforme o sentido da “*Polizeiwissenschaft*” explicada por Foucault (1997, p. 90-91), “deve ser a mais numerosa e a mais ativa possível – para a força do Estado: saúde, natalidade, higiene encontram aí, portanto, sem problema, um lugar importante”.

Assim, não apenas se objetiva um “assujeitamento”, mas uma expressividade crescente da “utilidade” do corpo, ao que se relaciona a necessidade de produção de “mais saúde”. Desse modo, a “saúde”, e não somente a “doença”, se tornam finalidades de



intervenções do “Estado” e também das “Ciências da Saúde”, estabelecendo uma medicalização sem limites, formando, no dizer de Foucault (2011, p. 288), “Estados médicos abertos”.

A “força” do “Estado” se constrói também a partir da “força” das “Ciências da Saúde”, de seus saberes e poderes – alicerçada na elaboração de uma “política médica” e uma “polícia médica” (*Medizinichopolizei*), conforme apresentadas por Foucault (2007) – que também se torna “forte” e “legítima” por meio do poder do Estado, que “visa a maximizar seus efeitos, diminuindo, o máximo possível, o custo (entendido no sentido político não menos que no econômico)” (FOUCAULT, 1997, p. 90). Daí a importância das “Ciências da Saúde” para esta “racionalização do exercício de governo” exposta por Foucault (1997, p. 90).

Desse modo, de acordo com este autor, “constitui-se [...] uma ascendência político-médica sobre uma população que se enquadra com uma série de prescrições que dizem respeito não só à doença mas às formas gerais da existência e do comportamento (a alimentação e a bebida, a sexualidade e a fecundidade, a maneira de se vestir, a disposição ideal do *habitat*)” (FOUCAULT, 2007, p. 202, grifo do autor). Portanto, criam-se não apenas padrões de “saúde”, mas de “vida”.

Afinal, para Foucault (2007, p. 80), “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política”.

Nesse sentido, segundo Foucault (2007), tornam-se objetos de medicalização pela denominada “medicina social” o Estado, a cidade e os pobres e trabalhadores, a fim de suprimir e minimizar os supostos “perigos” à saúde e ao bem-estar dos grupos mais favorecidos.

Assim, a família, considerada na sociedade como uma “unidade estruturante”, se torna “medicalizada” e “medicalizante”, criando uma “homeostase da saúde” entre os integrantes da família: “o corpo sadio, limpo, válido, o espaço purificado, límpido, arejado, a distribuição medicamente perfeita dos indivíduos, dos lugares, dos leitos, dos utensílios, o jogo do 'cuidadoso' e do 'cuidado', constituem algumas das leis morais essenciais da família” (FOUCAULT, 2007, p. 199).

Entretanto, cabe salientar que acaba por ocorrer um ciclo de tentativas de normalização e ligação constante entre “Estado” e “Ciências da Saúde”. Afinal, apesar de as “Ciências da Saúde” medicalizar as ações do “Estado”, este impõe uma normalização das “Ciências da Saúde” a partir da padronização e do controle do ensino e exercício das profissões relacionadas às “Ciências da Saúde”. De acordo com Foucault (2007, p. 83), “a medicina e o médico são, portanto, o primeiro objeto da normalização. Antes de aplicar a noção de normal ao doente, se começa por aplicá-la ao médico”. Portanto, também o profissional das “Ciências da Saúde” que não se enquadra nos padrões e regras estabelecidos pelo “Estado” e pelas “Ciências da Saúde” é considerado “fora do time”, “anormal”, “incompetente”, “rebelde”, “alienado”, de modo que haja, conforme dito por Foucault (2007), uma subordinação ao e um controle da prática médica (e das “Ciências da Saúde” como um todo) pelo Estado.

Para Foucault (2011, p. 389), a relação entre “Ciências da Saúde” e “Estado” se estabelece não exclusivamente na constituição de corpos dóceis e úteis, mas se expande para a construção de desejos de consumo, produzindo riquezas: “a saúde tornada um objeto de consumo que pode ser produzido por laboratórios farmacêuticos, por médicos etc. – e consumido por doentes possíveis e reais – adquiriu importância econômica e se introduziu no mercado”.

No fôlder da campanha (**figura 7**) apresentado a seguir é explicada a relação da campanha com o “Plano Nacional de Atividade Física”:

*O Plano Nacional de Atividade configura o esforço do Ministério da Saúde, em parceria com o Ministério do Esporte, Entidades Científicas, Sistema S e Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, na implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde no âmbito das Práticas Corporais/Atividade Física.*

*Constitui-se em cinco frentes de atuação – o aumento da capacidade do Ministério da Saúde de articular estratégias de Promoção da Saúde; a disseminação do tema da Atividade Física junto à população; o estímulo à criação de projetos de Atividade Física nos Estados e Municípios, nos setores público e privado; a parceria como estratégia para construção de intervenções sobre o espaço urbano e o monitoramento e a avaliação das ações implementadas – que se articulam para promover a melhoria da qualidade de vida da população frente à morbimortalidade por doenças do aparelho circulatório, à ausência de espaços públicos de lazer e de vias alternativas de acesso aos locais de trabalho e diversão (ciclovias e/ou ciclofaixas), à pouca ênfase dada às informações sobre os benefícios da Atividade Física para a saúde e aos demais contextos que influenciam na decisão do sujeito em adotar a Prática da Atividade Física no seu cotidiano.*



**Figura 7.** Fôlder (frente) de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

No verso desse fôlder (**figura 7**), em relação ao “Plano Nacional de Atividade Física”, são apresentados os itens “ações”, “estratégias de implementação” e “resultados esperados”, dentre os quais destacamos a **ação (2)**, de “disseminar junto à população informações sobre as Práticas Corporais/Atividade Física”, sendo uma de suas estratégias “Disponibilizar material informativo sobre Promoção da Saúde”, apresentando como resultado esperado o “aumento da Prática de Atividade Física pela população”; a **ação (2.1)**, de “Realizar campanhas de mídia e de adesão da população”, sendo algumas de suas estratégias de implementação “Criar campanha de mídia com temas de Promoção da Saúde”, “Elencar e propor contrato de vinculação de imagem a personalidades do meio artístico e esportivo para divulgar a Prática de Atividade Física”, “Promover merchandising em novelas sobre Promoção da Saúde/Atividade Física” e “Promover chamadas sobre Práticas Corporais/Atividade Física em programas de entretenimento infantil, juvenil e adulto”; a

**ação (2.3)**, de “*Elaborar material para subsidiar ações de Educação e Saúde*”, sendo suas estratégias “*Elaborar material educativo com linguagem e design direcionados ao público-alvo específico*”, “*Produzir material didático para profissionais das áreas de Saúde e Educação e para alunos da Rede Pública de Ensino*” e “*Confeccionar material informativo com mensagens curtas que promovam interação com o público-alvo*”.

Pelas explicações constantes deste pôster (**figura 7**), visualiza-se que há o objetivo de se “disseminar” as regras estabelecidas pela campanha, justificado pela necessidade de “*promover a melhoria da qualidade de vida da população*”, apresentando-se estratégias para isto, fazendo uso da mídia e de seus personagens e programas para que o maior número de pessoas sigam as regras e “entrem para o time”, assim como de materiais educativos, os quais, segundo apresentado no pôster, devem ter “*mensagens curtas*” para que “*promovam interação com o público-alvo*”. Portanto, não é necessário explicar, dizer porque, como, quando, onde, quem; deve-se apenas dar ordens, supondo-se, contraditoriamente, que interagiriam com a população. Age-se na “Saúde-Educação” como se todos fossem “robôs” esperando o comando, que deve ser o que as “Ciências da Saúde” consideram e prescrevem.

Buscando o aumento do número de pessoas em realização de atividade física (apesar de não se determinar como, quando, quanto, quem, onde), a campanha reduz a denominada “Promoção da Saúde” a este resultado, ao retomar ações específicas da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2007) como eixo estruturante para as ações e para se pensar sobre a “Promoção da Saúde” em sua complexidade e amplitude.

Ademais, é de se questionar quais seriam os reais “públicos-alvo” (palavra tão enfatizada no material (**figura 7**)), considerando que seriam materiais educativos escritos e com utilização de termos e pressupostos que não estão em proximidade com grande parte da população brasileira, além de estabelecerem indicações de regras e recomendações que não podem ser seguidas por todos, devido às diferenças culturais e/ou às desigualdades sociais.

No material educativo de outra campanha preventiva<sup>12</sup> (**figura 8**), pode-se visualizar mais uma vez a contraposição entre bem e mal, entre saúde e doença, o dualismo “bem-saúde” e “mal-doença”:

---

12 Segundo informações constantes do site do Ministério da Saúde (<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co\\_seq\\_campanha=4344](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=4344)>), período de veiculação da campanha “Viver bem”, sobre “Qualidade de Vida”: 01/07/2011 a 30/06/2012.



## Viver bem é viver com saúde

Mantenha uma alimentação equilibrada, evite sal e açúcar em excesso e alimentos gordurosos. Controle o seu peso e pratique atividade física regularmente. Procure um profissional de saúde e conte sempre com os serviços e a orientação do SUS para ter uma vida mais saudável.



Ministério da  
Saúde

GOVERNO FEDERAL  
**BRASIL**  
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA

**Figura 8.** Cartaz de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

Nesse sentido, o cartaz (**figura 8**) afirma que “viver bem” seria “viver com saúde”, mas com a saúde definida pela campanha, ou seja, o seguimento das ordens impostas logo em seguida, imperativos estes que determinam as regras para “entrar no time”, para fazer parte do lado do “bem” e da “saúde”. Afinal, as pessoas mostradas no cartaz estão sorrindo, estão alegres, estão se divertindo; portanto, fazer parte desse “time” parece ser muito bom, o objetivo de todos.

Orienta-se assim uma alimentação adjetivada como “equilibrada”, apesar de não se explicar o que seria considerado como “alimentação equilibrada” e não se considerar as especificidades regionais e culturais e as desigualdades sociais, que impedem que todos os cidadãos brasileiros tenham todos os ingredientes necessários para fazer uma “alimentação equilibrada” e para pelo menos fazer uma alimentação.

Generalizam-se as normas para todos, as singularidades e variabilidades não são consideradas, pois as ordens são estabelecidas para um corpo considerado modelo ideal, padronizado não para o ser e estar dos corpos, mas para o saber restrito das “Ciências da Saúde” acerca de um corpo único, norma fabricada de todas as pessoas, suprimindo e desvalorizando-se “sua capacidade de transmitir significados simbólicos” e a “magia do corpo”, gerando uma “redução da experiência do corpo subjetivo ao corpo objetivo, mensurável, quantificável e fragmentado” (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p. 27). Constrói-se então uma “objetividade” fictícia nas “Ciências da Saúde” a partir da generalização de todos os aspectos da vida humana, anulando diferenciações e aspectos considerados (geralmente num tom de desprezo) “subjetivos”, disseminando-se modos de prevenção, diagnóstico e tratamento que **devem** servir para **todas** as pessoas.

Então, indica-se que “controle seu peso”, referindo-se a “controle-se!”, como se a causa de se apresentar peso corporal fora dos padrões determinados de normalidade seja o descontrole pessoal por falta de querer e de se esforçar. Assim, determina-se que “só não entra no time quem não quer”, culpabilizando tanto aspectos biológicos como aspectos sociais.

Ao enfatizar a necessidade de se procurar um profissional/serviço de saúde, legitimam-se as “Ciências da Saúde” como a detentora do saber para se conseguir seguir o caminho para “entrar no time” e “se manter no time”, para “ter uma vida mais saudável”, ou seja, para conseguir a “salvação”. As “Ciências da Saúde” e o “Estado” se tornam os “amigos

da saúde”, com quem se pode contar para estar no “time” dos “mais saudáveis”.

Nos vídeos da campanha “Viver bem”, é mostrada uma família reunida à mesa em refeição, feliz, na cozinha de uma casa, apresentando-se aparentemente limpa, arejada, iluminada, organizada, com boa quantidade de alimentação na mesa. Ou seja, uma família com adequadas condições financeiras. Além disso, mostra-se uma família “tradicional”, com a mãe preparando a comida e cuidando da casa, com o pai, aparentemente que trabalha fora de casa, e dois filhos (uma menina mais velha e um menino mais novo). Também, evidencia-se o idoso aparentemente vivendo junto com a família, provavelmente aposentado e que não necessita trabalhar. Seria uma padronização de família, considerada na sociedade como o “ideal de família”.

Nesse cenário, num dos vídeos o menino, com giz de cera colorido na mão, fala “*Prato colorido é que faz ficar forte.*”. E então a mãe e a irmã mais velha explicam como seria colorir o prato: “*É com arroz, feijão, carne, legumes, verduras. E uma fruta de sobremesa!*”. Em seguida a criança diz “*Mas tá igual ao do papai!*”. O pai responde à criança: “*Como é que você acha que eu faço pra ficar forte?*”. E o menino, animado, responde com a expressão “*Prato colorido!*”. O senhor idoso acrescenta “*Acho que eu também tô precisando de um desses.*”, indicando-se assim que para ele, enquanto idoso – que seria considerado “fraco” pela sociedade – ficar “forte” (ou seja, com “saúde”), basta se alimentar com “pratos coloridos”. Percebe-se nos rostos dos integrantes da família, uma expressão sorridente de que o menino não tem conhecimento sobre os assuntos, necessitando de explicação.

O vídeo depois refere: “*O Ministério da Saúde investe em ações para que você tenha uma vida saudável. Faça a sua parte. Mantenha uma alimentação equilibrada e faça atividade física regularmente. Viver bem é viver com saúde.*” Durante esta fala, aparecem os dizeres “*Consulte um profissional de saúde.*”. E durante a fala “*Viver bem é viver com saúde*” aparece a imagem de crianças brincando de “amarelinha”, retomando assim a campanha anteriormente descrita. Desse modo, demonstra-se uma atuação do “Estado” em prol do bem e da saúde da população, como se o “Estado” já estivesse “fazendo sua parte”. Nesse sentido, é necessário “apenas” que cada pessoa “faça a sua parte”, seguindo as ordens do Ministério da Saúde. Portanto, conforme os dizeres apresentados no vídeo, se alguém não segue as recomendações ou adocece, a culpa seria unicamente da pessoa e da família, que não teria supostamente “feito sua parte”. Desse modo, se ocorre a doença ou a sua manutenção, “em

um contexto de incentivo à gestão da própria saúde e ao autocontrole, os pacientes são considerados 'sem força de vontade' e pouco engajados em sua melhoria” (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p. 13).

Nesse sentido, o indivíduo que não se adapta às regras, normas e ordens estabelecidas pelas “Ciências da Saúde”, se torna, como diz Foucault (1997, p. 62-63), um “indivíduo a corrigir”, que escapou do considerado “normal”, sendo considerado como alguém que deveria então ser submetido a “procedimentos de adestramento do corpo, do comportamento, das aptidões”.

Em outro vídeo, na mesma casa e com a mesma família, o menino pergunta: “Mãe, como se escreve hipertensão?”. Sua mãe responde: “É com h, filho.”. A criança continua a perguntar: “E como se pega?”. A irmã mais velha, entrando em cena, indo beber água, explica, rindo: “Hipertensão não pega, Zé.”. O avô, sentado à mesa, lendo o jornal, explica: “Ela aparece principalmente quando a gente não se cuida.”. O pai, entrando em cena, acrescenta a explicação: “Por isso é importante se alimentar bem, diminuir o sal, caminhar.”. Então o menino fala: “Ah, mas isso é fácil. Difícil é escrever. Como é mesmo, mãe?”. E em seguida os integrantes da família riem, como se o menino tivesse falado algo engraçado. Depois o vídeo refere: “Tenha uma vida saudável e previna-se contra a hipertensão. Diminua o sal, mantenha uma alimentação equilibrada, meça sempre sua pressão, passeie ao ar livre e dê um chega pra lá no estresse. Viver bem é viver com saúde.”. Ao falar “Meça sempre sua pressão”, aparece a imagem no vídeo de uma profissional da saúde aferindo a pressão arterial de uma paciente e os dizeres “Consulte sempre um profissional de saúde.”.

O vídeo enfatiza o agravo “hipertensão arterial sistêmica” (denominado no vídeo apenas como “hipertensão”) como reflexo de “não se cuidar”, suprimindo os aspectos multifatoriais implicados na etiologia da hipertensão arterial sistêmica. Assim, a prevenção deste agravo torna-se seguir as regras determinadas pelo Ministério da Saúde, apesar de não adequadamente explicadas e das condições sociais envolvidas na possibilidade de se conseguir seguir as ordens estabelecidas. E como é considerado tão fácil, “até pela criança”, conforme os dizeres apresentados no vídeo, se a pessoa não faz, seria por não querer.

Percebe-se que os materiais educativos das campanhas, especialmente os



vídeos descritos da campanha “Viver bem”, apresentam as informações como se a população fosse uma criança que não tem muito conhecimento, a qual os adultos – os profissionais da saúde e o Ministério da Saúde – precisam ensinar, corrigir, disciplinar, controlar.

Então, como forma de proximidade da população com os profissionais da saúde – com o poder e o saber das “Ciências da Saúde” –, torna-se a recomendação de “medir sempre a pressão” (que na verdade se denomina pressão arterial, apesar de no vídeo ser referida apenas como “pressão”) um fetiche, como se a aferição da pressão arterial fosse o meio para se detectar todas as doenças (ou pelo menos as mais graves e letais), reduzindo a consulta dos profissionais da saúde a esta aferição, transformando qualquer sintoma em “pressão baixa” ou “pressão alta”.

Criou-se assim um pavor da “pressão”, gerando a crença entre a população de que se a “pressão tá normal” não há nenhum problema de saúde, como se estivesse “salvo”. Sobre estes aspectos, diz Ortega e Zorzaneli (2010, p. 135): “tendemos a interpretar os sinais às vezes disparatados que o corpo nos envia como evidência de certas doenças, e não de outras, sendo os sintomas preferenciais aqueles que se enquadram no panorama legitimado pela ciência médica”. Portanto, dada a legitimidade da pressão arterial para as “Ciências da Saúde”, padronizando pessoas a partir de valores determinados, este sinal torna-se facilmente uma explicação (simples) para quaisquer sintomas. Desse modo, de acordo com Ortega (2008, p. 48-49),

com o aparecimento de um novo vocabulário em que temas médicos, que dizem respeito a dados de constantes biológicas ou regularidades de constantes e desvios anatômicos e fisiológicos, entram na linguagem comum e fornecem critérios para a descrição dos indivíduos, considerados melhores ou piores do ponto de vista moral. A forma de sociabilidade originada desse processo [...] tem como finalidade principal a capacidade do sujeito para se integrar e se adaptar de modo flexível ao mercado de consumo.

Surgem então “times” e “guetos” baseados em critérios utilizados pelas “Ciências da Saúde” para diagnósticos, classificando as pessoas em “saudáveis” e “doentes”, “bons” e “maus”, “produtivos” e “não-produtivos”, “fortes” e “fracos”, “bons consumidores” e “maus consumidores”, “capazes” e “não-capazes”; visto que, de acordo com Sibilia (2003, p. 197), “as medidas preventivas e a gestão dos riscos [...] têm como objetivo a sujeição das forças vitais e seu enquadramento conforme as exigências da [...] formação política,

econômica e social”.

Nos dois vídeos da campanha “Viver bem”, aparece o imperativo de consultar (e consultar sempre, como apresenta um dos vídeos) um profissional da saúde, propiciando o controle da população pelas “Ciências da Saúde” de modo mais incisivo, constante e efetivo (nem que “apenas” para “medir sempre a pressão”). Afinal, o objetivo, incitado e “prometido” pelas “Ciências da Saúde”, que deve ser ficar sempre e cada vez “MAIS saudável”, “MAIS perfeito”, “MAIS ativo”, “MAIS produtivo”, pressupõe uma intervenção constante do saber e poder das “Ciências da Saúde” em cada um e em todos. Conforme diz Ortega e Zorzaneli (2010, p. 11), “sob o fundo de uma cultura que suscita ideais de saúde e longevidade, o manejo dos limites do corpo e as possibilidades de aperfeiçoá-lo passam a ser valores almeçados e guias de conduta para a vida dos indivíduos”.

Desse modo, a consulta ao profissional da saúde e a procura do serviço de saúde torna-se um modo de se “salvar”, ao buscar a “saúde” construída e estabelecida como ideal, e também de “confissão dos pecados”, ao serem considerados como “pecados” as “transgressões” às normas e regras determinadas pelas “Ciências da Saúde”. Nas palavras de Foucault (1997, p. 101), pode-se assinalar que o “governo dos homens” acaba por exigir “daqueles que são dirigidos, para além de atos de obediência e de submissão, 'atos de verdade' que têm como particularidade o fato de que não somente o sujeito é obrigado a dizer a verdade, mas dizer a verdade sobre si mesmo, suas faltas, seus desejos, seu estado d'alma etc.”. Ou seja, “abrir-se” aos “saberes-poderes” das “Ciências da Saúde” para ser analisado e julgado, para ser controlado e disciplinado.

No entanto, pela própria desigualdade de acesso aos serviços de saúde e principalmente aos de qualidade, a possibilidade de se “salvar” prometida se diferencia. Estarão assim mais “aptos” a “entrar no time” os que consultarem os melhores serviços de saúde, que não estão geralmente disponíveis para uma expressiva parte da população brasileira. Os mais intensos “filtros” implícitos na “entrada” e “manutenção” no “time” seriam então os aspectos sociais e econômicos.

Assim, o “sempre consultar o profissional da saúde”, o “sempre ir ao serviço de saúde”, o “sempre se permitir ser analisado e julgado pelas Ciências da Saúde”, permite que se exerça a “disciplina”, considerada, para Foucault (2007, p. 106), “uma técnica de poder

que implica uma vigilância perpétua e constante dos indivíduos. Não basta olhá-los às vezes ou ver se o que fizeram é conforme à regra. É preciso vigiá-los durante o tempo da atividade e submetê-los a uma perpétua pirâmide de olhares”. Dessa forma, além da construção de uma ligação efetiva entre indivíduo e serviços de saúde, torna-se uma forma mais eficaz de controle e disciplina, o autocontrole e a autodisciplina, a partir da internalização do discurso das “Ciências da Saúde” como discurso próprio. Ou seja, controla-se e disciplina-se pelo discurso de não-si como de si.

Afinal, conforme afirma Fischer (1996) a partir dos escritos de Foucault, a tendência “tem sido aperfeiçoar, burilar, sofisticar as estratégias de poder, criando-se dispositivos cada vez mais complexos, nos quais os indivíduos terminam por enredar-se, tomando para si as próprias ações que lhe cingem a subjetividade”. Portanto, o controle e a disciplina nos tornam enredados num constante enredar-nos (a nós mesmos), em uma ilusória liberdade de não enredamento.

Em outra campanha<sup>13</sup>, conforme apresentado no cartaz a seguir (**figura 9**) – em que se refere que *“Prevenir a hipertensão é uma escolha. Só depende de você. Ande de bicicleta, suba escadas, saia para dar uma volta, desça uma parada de ônibus antes da sua, pratique atividade física. Coma frutas, verduras e legumes, diminua o sal, tenha uma alimentação saudável. Controle o seu peso, procure uma unidade de saúde ou o seu médico e meça sempre a pressão. Fazendo isso, você combate a hipertensão e faz a sua escolha: uma vida mais saudável e com mais qualidade.”* – a “saúde”, reduzida a não apresentar a denominada “hipertensão”, conforme os dizeres apresentados no cartaz, é enfatizada e afirmada como uma escolha unicamente da pessoa e como se dependesse apenas da pessoa, incisivamente responsabilizando a população por não ser “saudável”. Se a pessoa não é considerada “saudável” pelos parâmetros das “Ciências da Saúde”, se ela apresenta alguma doença, conforme os dizeres apresentados no cartaz, seria porque ela fez a “escolha” de não ser “saudável”, ou seja, de ser “doente”. Nesse sentido, de acordo com Ortega e Zorzaneli (2010, p. 11),

um dos ingredientes destacados no manejo das novas relações entre

---

13 Segundo informações constantes do site do Ministério da Saúde ([http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co\\_seq\\_campanha=3824](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=137&pagina=dspDetalheCampanha&co_seq_campanha=3824)), período de veiculação da “Campanha de Prevenção e Controle da Hipertensão”: 26/04/2010 a 30/04/2010.

normalidade e patologia é a noção de risco, que orienta muitas das práticas que desenvolvemos em relação à nossa saúde e à de terceiros. Evitar a todo custo os riscos potenciais à saúde que nossos hábitos, nosso estilo de vida ou nossa herança biológica nos impõem torna-se um imperativo que cada um deve seguir. Surgem, nesse contexto, modelos de subjetividade que produzem a obrigação individual de calcular escolhas e a responsabilização por cada uma delas.

O risco, construído a partir das e do saber das “Ciências da Saúde” e de suas limitações, torna-se o alvo das regras e promessas estabelecidas. De acordo com Sibilia (2003, p. 172), “a palavra **risco** adquire um valor supremo, e como tal é explorada no mercado: a administração dos riscos (à saúde, à vida, à juventude) aparece como um novo mecanismo de controle ligado ao biopoder”. Assim, todos se tornam em risco o tempo todo, fazendo-se necessário a todos a gestão dos riscos estabelecidos, a fim de “combatê-los” e preveni-los a partir das regras e normas padronizadas pelas “Ciências da Saúde”. Nesse sentido, refere Sibilia (2003, p. 194):

Definida como **erro provável**, como propensão e tendência, a doença torna-se endêmica. (...) Pois a doença não precisa se manifestar: ela se apresenta como inerente, constitutiva da espécie humana. Como tal, a proposta da tecnociência fáustica consiste em eliminá-la, ultrapassar esse limite próprio da espécie. Para poder consumir a sua ambição infinita, no entanto, o impulso fáustico redefine todos os seres humanos como **virtualmente doentes**. E apela a seus papéis de consumidores para lhes oferecer a panacéia que lhes permita ultrapassar sua condição humana, demasiadamente humana: a possibilidade de planejar suas vidas potencialmente eternas, administrando constantemente seus riscos, intervindo tecnologicamente na fatalidade do código e eliminando o caráter aleatório do destino.

www.saude.gov.br

DISQUE SAÚDE 0800 61 1997

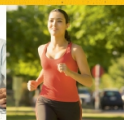


# PREVENIR A HIPERTENSÃO É UMA ESCOLHA. **SÓ DEPENDE DE VOCÊ.**



Ande de bicicleta, suba escadas, saia para dar uma volta, desça uma parada de ônibus antes da sua, pratique atividade física. Coma frutas, verduras e legumes, diminua o sal, tenha uma alimentação saudável. Controle o seu peso, procure uma unidade de saúde ou o seu médico e meça sempre a pressão.

**Fazendo isso, você combate a hipertensão e faz a sua escolha: uma vida mais saudável e com mais qualidade.**



MAIS DICAS EM [WWW.EUSOU123POR8.COM.BR](http://WWW.EUSOU123POR8.COM.BR)



Ministério da Saúde



Figura 9. Cartaz de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

Outro material desta mesma campanha, conforme mostrado na **figura 10**, apresenta também as frases “*Prevenir a hipertensão é uma escolha. Só depende de você.*” (como no material mostrado na **figura 9**, com a segunda frase em letras vermelhas), evidenciando o sentido de que o agravo apenas iria se apresentar se o sujeito fizesse escolhas consideradas “erradas” durante sua vida. Ademais, no material mostrado na **figura 10**, observa-se o desenho (não-anatômico) de um coração vermelho com cinco círculos (também vermelhos) ao redor, indicados como “*Causas da Hipertensão Arterial (Pressão Alta)*”, sendo que cada um dos círculos apresenta as seguintes palavras: “*Hereditariedade*”, “*Obesidade*”, “*Estresse*”, “*Alimentação não-saudável*”, “*Excesso de sal*”. Do modo como se dispõem as frases e palavras no material, observa-se o sentido de que inclusive a hereditariedade seria uma escolha de cada um, simulando uma suposta escolha genética eugênica. Outros possíveis fatores biológicos, além dos fatores sociais envolvidos, que possam estar relacionados à Hipertensão Arterial Sistêmica se tornam suprimidos. Abaixo do coração vermelho, observa-se o desenho de um coração azul, também com cinco círculos azuis ao redor, com as seguintes palavras em cada um dos círculos: “*Acompanhamento médico*”, “*Atividade física*”, “*Controle do sal*”, “*Alimentação equilibrada*”, “*Controle do peso*”, “*Medicamento, se prescrito*”. À direita deste conjunto de formas observa-se a seguinte frase: “*Como ter uma pressão 12 por 8 (pressão normal)*”. As “dicas” dos círculos, as regras a serem seguidas, se tornam então o caminho para se apresentar uma medida de normalidade. A pressão arterial considerada normal é resumida a dois números: “12 por 8”. Inclusive, no canto superior direito do material aparece um símbolo com corações com a frase “*Eu sou 12 por 8*”, a qual reaparece na parte inferior do material como o nome de um site “*Mais dicas em [www.eusou12por8.com.br](http://www.eusou12por8.com.br)*” (também observado no material mostrado na **figura 9**). Assim, ao expressar que alguém deve desejar “ser 12 por 8” resume-se não apenas o sinal clínico pressão arterial a dois números, mas o indivíduo e a sociedade.

# PREVENIR A HIPERTENSÃO É UMA ESCOLHA. **SÓ DEPENDE DE VOCÊ.**



**CAUSAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL (PRESSÃO ALTA)**



**COMO TER UMA PRESSÃO 12 POR 8 (PRESSÃO NORMAL)**



**Figura 10.** Banner de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

No material mostrado na **figura 11**, também da mesma campanha, além das frases “*Prevenir a hipertensão é uma escolha. Só depende de você.*” e da referência à frase “*Eu sou 12 por 8*” (observadas também nos materiais mostrados nas **figuras 9 e 10**), observa-se um conjunto de retângulos com as cores verde, amarela e vermelha (como nos semáforos), com a seguinte frase acima “*Meça a sua pressão arterial frequentemente e compare com a tabela*”, e indicando o retângulo verde como “*pressão normal*”, o amarelo como “*pressão limítrofe*” e o vermelho como “*procure um médico*”, apresentando números dentro dos retângulos que corresponderiam a medidas de pressão arterial. Desse modo, classificam-se as pessoas (por meio de autoavaliações) em retângulos delimitados por números, que não refletem a complexidade inclusive do próprio sinal clínico, mas que acabam por estabelecer limites entre “ser normal” e “ser anormal”, entre “ser saudável” e “ser doente”. Abaixo dos retângulos, observa-se a frase “*A hipertensão é uma doença democrática. Ela não leva em consideração sexo, idade, classe social ou etnia. Por isso, previna-se.*”. Apresenta-se assim uma anulação de qualquer outra possibilidade de relação na etiologia da doença (seja biológica, seja social), além das colocadas dentro dos círculos, e também se silenciam todos os problemas sociais que dificultariam ou impediriam o seguimento das regras apontadas como caminhos para a “normalidade”, para fazer parte do “time” “Mais Saúde”.





# PREVENIR A HIPERTENSÃO É UMA ESCOLHA. **SÓ DEPENDE DE VOCÊ.**

MEÇA A SUA PRESSÃO ARTERIAL FREQUENTEMENTE E COMPARE COM A TABELA

100	120	129	130	139	140 ou +
	12 por 8				
60	80	84	85	89	90 ou +
Pressão normal			Pressão limítrofe		Procure um médico

A HIPERTENSÃO É UMA DOENÇA DEMOCRÁTICA. ELA NÃO LEVA EM CONSIDERAÇÃO SEXO, IDADE, CLASSE SOCIAL OU ETNIA. POR ISSO, PREVINA-SE.



MAIS DICAS EM [WWW.EUSOU12POR8.COM.BR](http://WWW.EUSOU12POR8.COM.BR)



Ministério da Saúde



Figura 11. Banner de campanha preventiva do Ministério da Saúde. Fonte: <[www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)>.

Em um dos vídeos desta mesma campanha, ao mostrar imagens de pessoas sorrindo, se alimentando, caminhando, se divertindo, e de um profissional de saúde aferindo a pressão arterial, vão aparecendo as frases “*Pratique atividade física*”, “*Diminua o sal*”, “*Mantenha seu peso saudável*”, “*Meça sempre a pressão*”, enquanto ouvem-se as seguintes falas: “*Uma vida melhor depende das suas escolhas. Você pode escolher comer ou se alimentar. Você pode escolher andar pouco ou andar mais e aproveitar o caminho. Você pode escolher colocar muito sal ou sentir o gosto real dos alimentos. Você pode escolher se cuidar depois ou começar agora. Prevenir a hipertensão é uma escolha: só depende de você.*”, com um “você” bem mais enfático na tonalidade.

Observa-se assim a ênfase na anulação da responsabilidade do “Estado” pelos aspectos relacionados à área da saúde (coletiva e individual) e a construção de uma responsabilização da pessoa e da população em relação ao processo saúde-doença, e a valorização da “auto-gestão da saúde”, ou seja, de “um regime de construção do eu como 'empresa prudente', ativamente constituída por atos de escolha individual”. Dessa forma, “cada um de nós se torna responsável pela saúde e doença do corpo, desde sua aparência até as potencialidades geneticamente definidas” (ORTEGA; ZORZANELLI, 2010, p. 73).

Assim, tornamo-nos “gestores de si”, mas ilusória e restritamente “na administração do seu próprio capital privado e na escolha das opções disponíveis no mercado para modelar seu corpo e sua alma” (SIBILIA, 2003, p. 16), e “planejando as próprias vidas como os empresários delineiam as estratégias de seus negócios, avaliando os riscos e fazendo escolhas que visem a maximizar a sua qualidade de vida, otimizar seus recursos pessoais e privados, gerenciando as opções de acordo com os parâmetros de custo-benefício, *performance* e eficiência” (SIBILIA, 2003, p. 197). No entanto, as escolhas se tornam apenas as disponibilizadas pelo saber das “Ciências da Saúde”.

Os materiais educativos das campanhas preventivas acabam por enfatizar um sentido de domínio de si pelo controle e disciplinarização de si mesmo e de conhecimento de si pelo eu construído do saber internalizado das “Ciências da Saúde” como de si, “visualizando-se a si mesmo” a partir do olhar das “Ciências da Saúde”, supostamente como se víssemos por nossos próprios olhares, tornando-se assim em “controlar-se a si mesmo”, “disciplinar-se a si mesmo” e em “normalizar-se a si mesmo”, tendo como padrão um padrão

de si construído pelo saber-poder das “Ciências da Saúde”. O “si” se torna uma superficialidade permeada por este saber. E a “Saúde-Educação” se faz a partir do “governo” e da “salvação” de si, por um si bioconstruído. O corpo é visto, percebido, sentido e pensado por meio do discurso das “Ciências da Saúde”, que se inscreve e se interioriza no corpo, gerando assim uma percepção ilusória de correção, purificação e transformação, como caminho da e para a “salvação”.

Por conseguinte, permeando nossas carências, nossos desejos, nossas idealizações, o discurso das “Ciências da Saúde” se torna o que é desejado e desejante, ao assegurar e prometer o que se deseja. Para Foucault (2007, p. 8), “o que faz com que o poder se mantenha e que seja aceito é simplesmente que ele não pesa só como uma força que diz não, mas que de fato ele permeia, produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso”.

Nossos desejos seriam portanto fabricados, não teríamos um desejo liberto e autônomo. Desejaríamos o que se faz como desejante na sociedade, que se torna alicerçado no desejo construído pelo discurso das “Ciências da Saúde”. Assim, todos

aceitam subjetivar-se por essa normalização de corpos e mentes, que se faz [...] pela possibilidade tecnológica quase infinita de a informação fazer-se outra e sempre a mesma, dirigida a pessoas cada vez mais ávidas de repetirem para si mesmas que um dia, quem sabe, viverão melhor, serão mais felizes [...], mesmo que isso nos faça sentir-nos sempre em débito com um prazer na verdade mais idealizado do que vivido, e com uma imagem e um corpo que não sabemos, não podemos ou não conseguimos alcançar (FISCHER, 1996, p. 87).

Apesar de o discurso dos materiais educativos se tornar supostamente o discurso de todos e de cada um, e não exclusivamente do órgão Ministério da Saúde ou dos profissionais das “Ciências da Saúde”, observa-se que a “interdição” – um dos procedimentos de controle e delimitação do discurso apresentados por Foucault (2008b) –, se evidencia na legitimidade do Ministério da Saúde de “falar” este discurso, e no modo de se “falar” a partir dos materiais educativos num sentido de hierarquização do conhecimento e de ajuda no cuidado da população, filtrando o que e sobre o que devem “falar” estes materiais educativos, sobre quais agravos e sobre quais medidas preventivas deve-se informar. Desse modo, outros saberes se tornam interditos (proibidos) e interditados, e taxados como não-científicos, não-

oficiais, místicos.

Isto se relaciona com a “segregação” – outro procedimento de controle e delimitação do discurso apresentado por Foucault (2008b) –, criando-se “times” imaginários dos que “falam” o discurso considerado legitimado, excluindo os considerados de “fora do time”, ou seja, os que tentariam “falar” o “discurso proibido”.

Assim, formam-se discursos **considerados** verdadeiros a partir da construção de legitimação destes discursos e de quem os fala, conforme a “vontade de verdade” – um dos procedimentos de controle e delimitação do discurso apresentados por Foucault (2008b). Constroem-se, então, verdades e **a** Verdade como única e principal, gerando uma focalização da vontade de saber (no sentido de estar informado) para o saber estabelecido como verdade. Desse modo, a informação valorizada é a que se apresenta nos materiais educativos, e que deve ser propagada, replicada, repetida, reproduzida, mesmo que não apliquemos efetiva e completamente em nosso cotidiano as regras informadas. A “Saúde-Educação” se torna uma pedagogização para um suposto silenciamento de discursos, para uma suposta submissão de corpos, gerando coerções silenciadoras.

Excluem-se ou minimizam-se então todos os discursos que questionam a verdade legitimada, criando-se enredamentos de saberes e poderes que nebulizam as outras verdades (apesar de estas ainda estarem em suas situações), pois o desejo de ser **a** verdade se imbrica nas relações de poder.

Considerando que para compreendermos as relações de poder, necessitamos analisar também “as formas de resistência e as tentativas de dissociar essas relações” (FOUCAULT, 2010c, p. 276), observa-se que as resistências, por meio dos discursos, se permanecem, se apresentam, se infiltram, fazendo-se também discurso e verdade e saber e poder, apesar e por meio dos procedimentos de controle e delimitação do discurso.

Retomando o sentido do procedimento de controle e delimitação do discurso denominado “comentário”, conforme apresentado por Foucault (2008b), observa-se a repetição indefinida do discurso dos materiais educativos, espalhando e permeando os poderes-saberes. No entanto, esta disseminação do discurso não ocorre apenas em relação aos discursos considerados verdadeiros e legitimados, mas também em relação aos discursos excluídos e interditados, propagando-se então, por meio dos discursos, campos de força entre

dominações e submissões, entre poderes e resistências.

Nestes campos de força se imbrica o procedimento “autor” – outro procedimento de controle e delimitação do discurso apresentado por Foucault (2008b) –, ora se apagando o autor enquanto sujeito que fala e escreve, ora surgindo de modo expresso e incisivo como o autor. Ou seja, o discurso dos materiais educativos pode ser o discurso do Ministério da Saúde, ou das “Ciências da Saúde”, ou da população, ou do profissional da saúde, ou de todos e de cada um, pois tanto a apresentação nítida da função de autor como a ausência de um “sujeito-autor” se relacionam a exercícios de poder e saber, e também a exercícios de resistência, num silenciamento não-silencioso mas silenciado, expressando dizeres e fazeres que parecem não-ditos e não-realizáveis, implicando em, também, poderes e saberes.

As resistências, silenciosas e silenciadas, se mostram às vezes desajeitadas e desastrosas, por vezes se traduzem em não tomar o medicamento ou não tomar da forma prescrita, em tentar utilizar receitas caseiras e plantas medicinais sem orientação de profissional da saúde, em não voltar para o retorno da consulta, em não dizer que apresenta determinado sintoma, em não seguir as regras informadas (mesmo sabendo repetí-las verbalmente).

Apesar de poder ser considerado o discurso de todos, de acordo com o procedimento “ritual” apresentado por Foucault (2008b), o discurso dos materiais educativos se torna distinto conforme os papéis sociais de cada um que fala, tornando-se então considerado mais ou menos verdadeiro de acordo com a posição de quem fala o discurso, mesmo que seja uma propagação do discurso legitimado.

Ademais, conforme apresenta Foucault (2008b) acerca do procedimento “sociedades de discurso”, o discurso legitimado que se propaga por meio dos materiais educativos não condiz totalmente com o discurso legitimado sem seus segredos, pois este não é completamente permutável a todos, mas apenas aos que são considerados legítimos para acessá-lo em sua plenitude, incluindo seus rituais de expressão, o que propicia distinções de quem fala o discurso.

Nesse sentido, pensando nas “Ciências da Saúde” como um agregado de disciplinas, também se relaciona o procedimento “disciplina”, conforme apresentado por

Foucault (2008b), pelo que se determinam quais saberes poderão ser considerados verdadeiros se estiverem em consonância com os saberes que são considerados a verdade em determinada disciplina relacionada, no momento histórico, seja em seus métodos, denominações, conceitos, objetos, instrumentos, teorias, discursos: “não nos encontramos no verdadeiro senão obedecendo às regras de uma 'polícia' discursiva que devemos reativar em cada um de nossos discursos” (FOUCAULT, 2008b, p. 35).

O procedimento “doutrina”, conforme apresentado por Foucault (2008b), estabelece que a propriedade de quem fala o discurso não se restringe a estar em confluência com as verdades estabelecidas, com os discursos legitimados, mas se amplia para uma pertença de grupo social que determina previamente as restrições e possibilidades, enfatizando distinções sociais. Nesse sentido, o procedimento “apropriação social do discurso”, de acordo com Foucault (2008b), enfatiza a importância dos sistemas educacionais para a possibilidade de produção de discursos legitimados de modo legitimante, mas também de reprodução de discursos legitimados no “falar” não legitimado, ao que se relaciona a “Saúde-Educação”.

Ressalta-se que o discurso dos materiais educativos analisados, apesar de estar enredado nos saberes das “Ciências da Saúde”, também se constitui como resistências a estes saberes. Afinal, a prevenção de agravos, enfocada nos materiais educativos, se torna um outro caminho no fluxo de atuação das “Ciências da Saúde” focalizado no tratamento medicamentoso das doenças já apresentadas e em intervenções estéticas. Entretanto, apesar deste importante caminho na prevenção de agravos, o discurso dos materiais educativos não deixa de se relacionar às estratégias mercadológicas relacionadas à área da Saúde, que vem incluindo uma diversidade de produtos, espaços e equipamentos voltados para o “consumo de saúde”.

Ao visualizar-se o corpo como um “mecanismo de relojoaria”, cujos “movimentos dos órgãos se comandam uns aos outros como engrenagens encadeadas”, conforme explica Canguilhem (2012, p. 123) acerca do pensamento de Descartes, torna-se então possível definir regras estanques para se estabelecer padrões generalizantes que enquadrem o corpo no “saudável”, no “doente”, no “normal” ou no “anormal”, a partir da aferição de determinados números e do enquadramento do funcionamento conforme o

planejado: o corpo se faz então como máquina.

Para Canguilhem (2012, p. 127), a máquina não tem como apresentar o normal e o patológico, diferentemente do ser vivo, pois “a máquina, produto de um cálculo, verifica as normas do cálculo, normas racionais de identidade, de constância e de previsão, ao passo que o organismo vivo age segundo o empirismo. A vida é experiência, ou seja, improvisação, utilização das ocorrências. Ela é tentativa em todos os sentidos”.

Desse modo, o corpo como máquina torna-se uma intolerância ao considerado anormal, ao considerado patológico, sendo que “o desvio se apresenta como uma 'aberração' que o cálculo humano não consegue reduzir à estrita identidade de uma fórmula simples e sua explicação o dá como erro, fracasso ou prodigalidade” (CANGUILHEM, 2012, p. 174). Assim, o desvio de uma variável fisiológica se torna a doença em si, pois a doença e a saúde não se fazem mais compreendidas na totalidade do ser humano em sua interatividade: a doença e a saúde, e também o indivíduo, se tornam dados, sejam laboratoriais, numéricos, mecânicos, sejam na forma de questionários (sim *versus* não).

Mas para excluir, disciplinar e controlar o anormal e patológico, devem ser definidos limites entre “saúde” e “doença”, entre “normal” e “anormal”. Estes limites então vão se construindo pelos saberes e poderes. Afinal, as individualidades, as singularidades e as diversidades do ser humano se tornam obstáculos às “Ciências da Saúde”, visto que as pesquisas experimentais exigem padronizações para estabelecer os resultados estatísticos (CANGUILHEM, 2012). Entretanto, o corpo está em constante elaboração e reelaboração de novas normas, não havendo como considerá-lo estável e previsível, como uma máquina, nem seus estados de “saúde” e de “doença” (CANGUILHEM, 2002).

Segundo Canguilhem (2012, p. 169), o termo “normal”, em sua ambiguidade, “designa ora uma fato capaz de descrição por recenseamento estatístico – média das medidas operadas em um caráter apresentado por uma espécie e pluralidade dos indivíduos apresentando esse caráter segundo a média ou com alguns desvios estimados indiferentes –, ora um ideal, princípio positivo de apreciação no sentido de protótipo ou de forma perfeita”.

Os limites construídos pelo saber-poder das “Ciências da Saúde” (e em contínua reconstrução) estabelecem o esquadro<sup>14</sup>, que se transforma então no ideal. O normal-ideal se estabelece como o discurso da “saúde”: quem está no esquadro é considerado “saudável” e “normal”, é do time da “saúde”, é do time “12X8”. A divisão social se estabelece então por quem pode ou não estar no “time”. Entretanto, conforme explica Macherey (2010, p. 58), a normalidade

não pode designar um conteúdo objetivo unilateralmente positivo, e assim oferecido diretamente, como um objeto dado, a uma racionalização científica, assumindo diretamente a forma de uma medida, ou seja, de uma determinação em termos quantitativos das condições desta normalidade, regida então pela representação de uma média. É recusado, assim, o postulado positivista que tende a neutralizar a diferença entre o normal e o patológico conduzindo o patológico a não ser mais que uma forma, ou um grau do normal, considerado em termos de mais ou menos, em nome de um princípio elementar segundo o qual só há ciência do que pode ser medido.

Os materiais educativos analisados evidenciam um discurso de delimitação padronizada de saúde, que se torna possível pela elaboração, historicamente, de sentidos de normal e anormal, de saúde e doença, a partir de regras generalizantes e mercadológicas, pela produção de “verdades”; ou seja, pelo estabelecimento de saberes e poderes que se autolegitimam por sua legitimidade legitimada. Para Foucault (2007, p. 12),

a verdade não existe fora do poder ou sem poder [...]. A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua 'política geral' de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o encargo de dizer o que funciona como verdadeiro.

O “corpo-máquina” se torna, nos materiais educativos analisados, o ideal a ser buscado: corpo mensurável, analisável, manipulável, dócil, utilizável, supostamente operando conforme a informação propagada (FOUCAULT, 2002). O discurso se faz então permeante

---

14 O termo “esquadro” foi aqui utilizado por remeter ao sentido de “norma”, conforme explicado por CANGUILHEM (2002, p. 95): “é normal, etimologicamente – já que *norma* significa esquadro – aquilo que não se inclina nem para a esquerda nem para a direita, portanto o que se conserva num justo meio-termo”.



nos modos de estar o corpo ou de como precisaria estar para fazer parte do “time”.

Conforme explica Canguilhem (2012, p. 14), “não podemos dizer que o conceito de 'patológico' seja o contraditório lógico do conceito de 'normal', pois a vida no estado patológico não é ausência de normas, mas presença de outras normas”. Portanto, apresentar **uma** normalidade, ou seja, uma variável encaixada em limites definidos, não se torna sinônimo de “saúde”, tanto pela complexidade e abrangência do que poderia ser “saúde” e do que seria uma “doença” como do que é o ser humano.

A partir dos escritos de Canguilhem (2002; 2012), compreende-se que a “saúde” e a “doença” não podem ser consideradas como padrões estanques, pois se fazem na transformação constante do organismo a cada nova experiência (seja do agravo seja dos comportamentos considerados saudáveis), vivendo e experienciando diferentes modos de estar e ser, apresentando “saúde” e apresentando “doença”. Daí a dificuldade de se definir de modo generalizante o que seria a “saúde” para cada indivíduo em determinado momento de sua existência, e inclusive o que se estabeleceria como “estado de doença” para o sujeito sem se considerar a experiência da doença em sua singularidade.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS: TRANSPONDO LINHAS...

Transpusemos uma linha. Talvez, várias linhas. Foi doloroso ir além de sentidos já enraizados, permeando por confluências de saberes e poderes. Não somos mais os mesmos. Não pensamos mais do mesmo modo. Estamos transformados. Passamos por uma experiência singular. Uma transformação pela experiência da linguagem. Em contínua retransformação.

Conforme diz Deleuze (1997, p. 11), “escrever é um caso de devir, sempre inacabado, sempre em vias de fazer-se, e que extravasa qualquer matéria vivível ou vivida. É um processo, ou seja, uma passagem da Vida que atravessa o vivível e o vivido. A escrita é inseparável do devir”. As linhas para serem transpostas não acabam aqui, estarão sempre no “a serem transpostas”.

Mas transpusemos esta(s) linha(s) não apenas eu (que escrevi este texto), mas também você (o leitor deste texto), pois um texto pode atuar como experiência para quem escreve e para quem lê: um “texto-experiência”<sup>15</sup> (FOUCAULT, 2010a). E a cada vez que lermos e relermos e pensarmos sobre o que escrevemos e lemos neste texto, estaremos em transformação, pois “mesmo o infinito da linguagem se multiplica ao infinito, repetindo-se sem fim nas figuras desdobradas do Mesmo” (FOUCAULT, 2009, p. 58).

É necessário compreender o texto, “tecido” na confluência de saberes e poderes, como uma “experiência modificadora de si”, “um exercício de si, no pensamento” (FOUCAULT, 2003, p. 13). E a experiência, para Foucault (2010a, p. 289), “é qualquer coisa de que se sai transformado”.

Para Foucault (2009), a elaboração de experiências pela linguagem exige que nos passemos para o 'fora de si', como se tivéssemos que estar numa exterioridade do que chamamos *Eu*, como “ser da linguagem”, nos olhando a nós mesmos, para que possamos nos

---

15 Utilizo o termo “texto-experiência” em referência ao termo “livro-experiência” referido por Foucault (2010a, p. 296).

transformar, e então nos reconstruímos enquanto sujeitos, mas distintamente: “se em uma tal experiência é preciso passar para 'fora de si', é para finalmente se reencontrar, se envolver e se recolher na fascinante interioridade de um pensamento que é legitimamente Ser e Palavra” (FOUCAULT, 2009, p. 222). Forma-se assim um “simulacro”, no sentido de “ser ao mesmo tempo que si e separado de si”, “a uma distância sem medida”, ou seja, de “estar fora de si, consigo, em um 'com' no qual se cruzam as distâncias” (FOUCAULT, 2009, p. 63).

E neste movimento de passar para 'fora de si', estaremos num processo de tentar negar nosso próprio discurso, sendo que, para Foucault (2009, p. 224),

negar seu próprio discurso (...) é fazê-lo incessantemente passar para fora de si mesmo, despojá-lo a cada instante não apenas daquilo que ele acaba de dizer, mas do poder de enunciá-lo; é deixá-lo onde ele está, longe atrás de si, para estar livre para um começo – que é pura origem, pois ele tem a si mesmo e ao vazio como princípio, mas que é também recomeço, pois é a linguagem passada que, se escavando a si própria, liberou esse vazio.

Pois a análise do discurso, segundo Michel Foucault, exige que se passe para o 'fora de si', estando “ao mesmo tempo dentro e fora dos discursos que analisa, compartilhando seu sentido, ao mesmo tempo em que os coloca entre parênteses” (DREYFUS; RABINOW, 2010, p. 118), mantendo-se por entre sua superfície. Desse modo, analisar os discursos se torna olhar para um espelho d'água, tocando sua superfície sem mergulhar seus dedos. Mas olhamos e nos vemos, vemos discursos que fazem parte de nós mesmos, e ao tocá-los, na tentativa de compreendê-los, acabamos por gerar pequenas ondas na água, que expressam imagens diferentes, tornando-nos não mais simples imagens especulares dos discursos que vemos no espelho d'água, mas transformações; não mais somos os mesmos.

Assim, a passagem da linguagem de um “interior” para um “exterior”, no “ser da linguagem”, transforma a linguagem, produzindo então experiências, apresentando-se num constante movimento de girar a linguagem por meio da própria linguagem, num ir e vir incessante de palavras e silêncios, de desaparecimentos e ressurgimentos (FOUCAULT, 2009).

A(s) linha(s) que transpusemos, como uma experimentação pela linguagem, se torna(m) uma transgressão de limites para o eu-sujeito, que se espalha então fora e esvaziado de si mesmo, numa transposição contínua de limites construídos; mas transgressão de limites

não no sentido de separação, de corte ou mensuração de distâncias, mas de diferenças (FOUCAULT, 2009).

A transgressão é um gesto relativo ao limite; é aí, na tênue espessura da linha, que se manifesta o fulgor de sua passagem, mas talvez também sua trajetória na totalidade, sua própria origem. A linha que ela cruza poderia também ser todo o seu espaço. O jogo dos limites e da transgressão parece ser regido por uma obstinação simples: a transgressão transpõe e não cessa de recomeçar a transpor uma linha que, atrás dela, imediatamente se fecha de novo em um movimento de tênue memória, recuando então novamente para o horizonte do intransponível. Mas esse jogo vai além de colocar em ação tais elementos; ele os situa em uma incerteza, em certezas logo invertidas nas quais o pensamento rapidamente se embarça por querer apreendê-las. (FOUCAULT, 2009, p. 32).

Assim, não há limites nítidos, não há uma linha visível e fixa; há uma confluência de distinções e miscibilidades.

Para realizar experiências, que se tornam necessárias para nós mesmos, construímos estas linhas labirínticas, permeando e circulando pelo que nos incomoda, até que consigamos transformá-lo em outro algo (que também não deixa de nos incomodar) ao transformarmos nós mesmos: “a experiência é tentar chegar a um certo ponto da vida que seja o mais perto possível do não passível de ser vivido” (FOUCAULT, 2010a, p. 291).

De acordo com Foucault (2009, p. 35), em relação às experiências, não se trata “de liberar a sua verdade – pretensão ridícula, a propósito dessas palavras que são para nós limites –, mas de libertar por fim, a partir delas, nossa linguagem”. Portanto, não estamos a construir pretensões de verdades a serem consideradas verdadeiras, pois “uma experiência é sempre uma ficção; é alguma coisa que se fabrica para si mesmo, que não existe antes e que poderá existir depois” (FOUCAULT, 2010a, p. 293). Estamos a experimentar possibilidades de pensamento, “em uma linguagem que justamente o subtrai de nós como pensamento e o reconduz à impossibilidade mesma da linguagem” (FOUCAULT, 2009, p. 37), construindo uma linguagem do pensamento, silenciosa, ilimitada, em “um afastamento próprio da linguagem – um afastamento que tem nela seu lugar mas que também a expõe, dispersa, reparte, abre” (FOUCAULT, 2009, p. 69), em um sentido de indefinições em, entre e por meio de “uma linguagem já dita” e “um murmúrio que nunca começou” (FOUCAULT, 2009, p. 70).

Desse modo, experienciamos a nós mesmos, na experiência de cada linha, cada texto, cada limite, na linguagem e em sua transgressão, ao transformarmos o sujeito falante no sujeito do pensamento-silêncio, ao transformarmos a própria linguagem (FOUCAULT, 2009).

A linguagem, sobre a linha da morte, se reflete: ela encontra nela um espelho; e para deter essa morte que vai detê-la não há senão um poder: o de fazer nascer em si mesma sua própria imagem em um jogo de espelhos que não tem limites. No fundo do espelho onde ela recomeça, para chegar de novo ao ponto onde chegou (o da morte), mas para afastá-la ainda mais, uma outra linguagem se mostra (FOUCAULT, 2009, p. 48).

Destas contínuas “mortes” surgem e ressurgem as transformações, a partir das experiências destes limites na linguagem. E “nesse limite de tudo (vida e morte, dia e noite, fala e silêncio)”, abre-se “a saída de uma linguagem que havia começado desde sempre” (FOUCAULT, 2009, p. 73). E podemos incluir nestes limites os discursos sobre “saúde”, “doença”, “normal” e “anormal”, realizando, a partir da escrita/leitura do texto, um experimentar de fluidificar linhas imaginárias de conceitos não definíveis pelo supostamente definido. Torna-se assim então também uma experiência da “doença” e da “saúde”, através da linguagem. E uma experiência singular da “Saúde-Educação”.

A “Saúde-Educação” produz discursos, constituindo modos de se fazer e dizer, instituindo padrões para o que se fazer e dizer, e formando regras de se “comportar”, no almejar o que se considera como “saúde”, permeando-se assim de relações de saberes e poderes que se confluem e se espalham.

O controle técnico do que se considera “saúde” e “doença” tenta recobrir os movimentos implicados na experiência da doença, minimizando singularidades e produzindo generalidades (FOUCAULT, 2010b).

Mas isto acaba por gerar outras formas de experiência da saúde/doença, permeadas por procedimentos, medicamentos, denominações, materiais educativos, mesclando os dizeres do conhecimento das “Ciências da Saúde” com os da população em geral, em movimentos de exclusão, silenciamento, enaltecimento e surgimento de discursos variados. A “doença” e a “saúde” se tornam então também linguagem e experiência.

Retomando as palavras de FOUCAULT (2010a), estamos nos transformando em experimentadores, ao escrevermos, lermos, permearmos e caminharmos pelo texto para

mudar a nós mesmos e nossos pensares, elaborando experiências singulares.

Muitos se interrogarão com certeza: “Mas esta é uma escrita científica?”; “Este texto segue os padrões de escrita acadêmica?”. Para iniciar uma resposta sem terminá-la, retomando FOUCAULT (2010b), expõem-se perguntas: “Toda escrita teórica não deveria apresentar uma força subversiva?”; “Precisamos escrever literatura para podermos apresentar uma escrita na qual a transgressão possa ser realizada?”.

E a partir daqui se constroem e se reconstroem novas linhas. Invisíveis, não palpáveis, mas singularmente experienciáveis. E novos horizontes se visualizam, em contínua transformação.

## REFERÊNCIAS

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de educação em saúde para o Programa Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 16, p. 39-52, 2005.

BATISTA, Nildo Alves; BATISTA, Sylvia Helena; ABDALLA, Ively Guimarães (Org.). **Ensino em Saúde: visitando conceitos e práticas**. São Paulo: Arte & Ciência, 2005.

BRANDÃO, Helena Hathsue Nagamine. **Introdução à Análise do Discurso**. 2. ed. rev. Campinas, SP: Editora da UNICAMP, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. **Glossário temático: gestão do trabalho e da educação na saúde**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

CABOT, Mateu. Sobre los medios técnicos y la renovación de tradiciones: Walter Benjamin y el concepto de <<experiencia>> pensado desde la estética. In: AMENGUAL, Gabriel; CABOT, Mateu; VERMIL, Juan L (Ed.). **Ruptura de la tradición: Estudios sobre Walter Benjamin y Martin Heidegger**. Madrid: Editorial Trotta, 2008. p. 61-82.

CANGUILHEM, Georges. **O Normal e o Patológico**. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CANGUILHEM, Georges. **Escritos sobre a Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.

CANGUILHEM, Georges. **O conhecimento da vida**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2012.

CHAUI, Marilena de Souza. Os Trabalhos da Memória. In: BOSI, Ecléa. **Memória e Sociedade**: lembranças de velhos. 10. ed. São Paulo: Companhia das Letras, 2003. p. 17-33.

CHIZZOTTI, Antonio. **Pesquisa qualitativa em ciências humanas e sociais**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2006.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 1988.

DELEUZE, Gilles. **Conversações**: 1972-1990. São Paulo: Ed. 34, 1992.

DELEUZE, Gilles. **Crítica e Clínica**. São Paulo: Ed. 34, 1997.

DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

ESTEBAN, Maria Paz Sandín. **Pesquisa qualitativa em educação**: fundamentos e tradições. Porto Alegre: AMGH, 2010.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. **Adolescência em discurso**: mídia e produção de subjetividade. Tese (Doutorado em Educação). Faculdade de Educação. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre, 1996.



FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? **Perspectiva**, v. 21, n. 2, p. 371-389, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Resumo dos Cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Editor, 1997.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir: nascimento da prisão**. 25. ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2002.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade 2: o uso dos prazeres**. 10. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2003.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do Poder**. 24. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A Arqueologia do Saber**. 7.ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **A Ordem do Discurso**. 17. ed. São Paulo: Edições Loyola, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **Estética: Literatura e Pintura, Música e Cinema**. Ditos & Escritos III. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

FOUCAULT, Michel. **Repensar a Política**. Ditos & Escritos VI. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010a.

FOUCAULT, Michel. **Problematização do Sujeito: Psicologia, Psiquiatria e Psicanálise**. Ditos & Escritos I. 3. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b.

FOUCAULT, Michel. O Sujeito e o Poder. In: DREYFUS, Hubert L.; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica**. 2. ed. rev. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010c. p. 273-295.

FOUCAULT, Michel. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Ditos & Escritos VII. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

GREGOLIN, Maria do Rosário. **Foucault e Pêcheux na construção da análise do discurso: diálogos e duelos**. São Carlos, SP: Claraluz, 2004.

HOUAISS, Instituto Antônio. **Dicionário Eletrônico Houaiss da Língua Portuguesa** (em CD-R). Rio de Janeiro: Editora Objetiva, 2006.

MACHEREY, Pierre. **Georges Canguilhem: um estilo de pensamento**. Goiânia: Almeida & Clément Edições, 2010.

MARTINS, Luiz Alberto Moreira; PEIXOTO JÚNIOR, Carlos Augusto. Genealogia do Biopoder. **Psicologia & Sociedade**, v. 21, n. 2, p. 157-165, 2009.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **Fenomenologia da Percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

MERLEAU-PONTY, Maurice. **O visível e o invisível**. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 2000.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. Caminhos de construção da pesquisa em Ciências Humanas. In: OLIVEIRA, Paulo de Salles (Org.). **Metodologia das Ciências Humanas**. São Paulo: Hucitec, 1998. p. 17-26.

ORTEGA, Francisco. **O corpo incerto: corporeidade, tecnologias médicas e cultura contemporânea**. Rio de Janeiro: Garamond, 2008.

ORTEGA, Francisco; ZORZANELLI, Rafaela. **Corpo em evidência**: a ciência e a redefinição do humano. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2010.

PALLASMAA, Juhani. **Os olhos da pele**: a arquitetura e os sentidos. Porto Alegre: Bookman, 2011.

ROURE, Glacy Queiros de. Juventude, o tempo das tribos e as torcidas organizadas. **Educativa**, Goiânia, v. 14, n. 1, p. 155-167, 2011.

SIBILIA, Paula. **O homem pós-orgânico**: corpo, subjetividade e tecnologias digitais. 2. ed. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.