

**FACULDADE DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

PATRÍCIA FLORES DE MEDEIROS

POLÍTICAS DA VIDA: ENTRE SAÚDE E MULHER

**Porto Alegre
2008**

PATRÍCIA FLORES DE MEDEIROS

POLÍTICAS DA VIDA: ENTRE SAÚDE E MULHER

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi.

Porto Alegre

2008

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

M488p Medeiros, Patrícia Flores de
Políticas da vida : entre saúde e mulher / Patrícia
Flores de Medeiros. – Porto Alegre, 2008.
112 f.

Tese (Doutorado em Psicologia) – Fac. de Psicologia,
PUCRS
Orientadora: Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima
Guareschi

1. Saúde Pública. 2. Subjetividade. 3. Biopolítica.
4. Gênero. 5. Políticas Públicas. I. Guareschi, Neuza
Maria de Fátima. II. Título.

Bibliotecária Responsável: Salete Maria Sartori, CRB 10/1363

PATRÍCIA FLORES DE MEDEIROS

POLÍTICAS DA VIDA: ENTRE SAÚDE E MULHER

Tese de Doutorado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Psicologia da Faculdade de Psicologia da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientadora: Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi.

Aprovada pela banca examinadora: 31 de outubro de 2008

Orientadora: Profa. Dra. Neuza Maria de Fátima Guareschi

Profa. Dra. Dagmar Elisabeth Estermann Meyer

Profa. Dra. Lílian Rodrigues da Cruz

Prof. Dr. Alcindo Antônio Ferla

*A história é o que nos separa de nós mesmos,
e o que devemos transpor e atravessar
para nos pensarmos a nós mesmos.*

(Gilles Deleuze)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao CNPq e CAPES pelo subsídio para a realização do doutorado e ao Grupo Hospitalar Conceição (GHC).

Às secretárias do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da PUCRS, Inês e Cláudia, por serem sempre atenciosas.

À Daniela e ao Luís, por me receberem no GHC.

À Gisele, por cuidar de mim.

À Betina, por entender minhas ausências.

À Anita, pela presença indispensável.

À Neuza, de quem está tão difícil me separar.

À Telma, pela contingência.

À Ronilda, pelo interesse incansável.

À Alice, minha mãe, e ao Átilo, meu irmão, pelo seu carinho.

Ao André, companheiro incansável, um santo!

Ao Gustavo, por me dividir com a tese.

RESUMO

Esta tese investiga as políticas públicas de saúde para mulheres, a partir dos discursos que as tornam objeto de saber/poder. Foram analisados o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) e a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), considerando-se os conceitos foucaultianos de discurso, biopoder e subjetividade. Entende-se a saúde como conceito-problema que possibilita colocar em análise o campo da saúde da mulher, que o movimento feminista vem conformar como estratégia política. O gênero, nesta tese, é tomado como um dispositivo que possibilita visibilizar a esfera pública, a medicina social, a eugenia e o feminismo, ações que produzem os modos de viver a saúde.

Palavras-chave: Saúde Pública. Gênero. Biopolítica. Subjetividade.

ABSTRACT

This thesis has investigated public health policies directed towards women, considering discourses that take health as an object of knowledge/power. We have analyzed both the Program of Integral Assistance to Women's Health and the National Policy of Integral Attention to Women's Health, considering Foucauldian concepts, such as discourse, bio-power, and subjectivity. Health is here understood as a problem-concept, allowing for the analysis of the field of women's health, which the feminist movement, as a political strategy, has shaped. In this thesis, gender has been taken as a device that enables us to visualize the public system, social medicine, eugenics, and feminism, i.e. actions that produce ways of experiencing health.

Key words: Public Health. Gender. Bio-politics. Subjectivity.

SUMÁRIO

BUSCANDO CAMINHOS	09
O INÍCIO DA LINHA: O HOSPITAL	21
Descrevendo a paisagem: postura de pesquisador/a	25
A medicina social: do indivíduo à população	27
Inclusão e exclusão na esfera pública	35
Medicina social e eugenia no Brasil	43
Feminismo e o PAISM	50
Quando a saúde encontra gênero	55
SEGUINDO A LINHA: QUANDO GÊNERO SE ENCONTRA NA SAÚDE ..	66
Planejamento Familiar e saúde	75
Gênero e bio-identidades	79
A VIDA NA LINHA	86
Transição: sociedade disciplinar e sociedade de controle	88
De Nação a Império	95
Controle-Império-Saúde: ecopolítica.....	100
O FIO(M) DA LINHA	105
REFERÊNCIAS	106

BUSCANDO CAMINHOS

Como dar início à escrita de uma tese? Acho que o melhor da tese é passar quatro anos lendo tanto aquilo que nos aproxima da temática quanto aquilo que nos distancia dela. Foi nesses percursos de leitura de autores que me ajudaram a ler Foucault que me deparei com a questão do fio de Ariadne na lenda grega do Minotauro. Identifiquei-me com a escrita de Charles Feitosa¹ sobre o uso da metáfora dos labirintos em textos filosóficos. Minha preocupação não é reproduzir sua escrita, e sim partilhar o fato de ele ter se perguntado da importância que damos ao fio para sair do labirinto, ou seja, uma provocação no percurso de tecer a tese. Afinal, damos muita importância à saída do labirinto, sem percebermos que não precisamos do fio para entrar, procurar e encontrar o Minotauro! Será que sair é mais difícil que entrar?

Mas de qual labirinto falo? Para começar a situar, tomo como um ponto de entrada as Políticas Públicas de Saúde para Mulheres. Mas nem sempre achamos o que procuramos, e aí está a graça de pesquisar! Na procura de melhor entender Foucault, para poder pensar as sociedades de controle, encontrei Deleuze e sua imagem de rizoma. Rizoma como metáfora que subverte a ordem da metáfora arbórea. Esta última, conforme Gallo (2001), aparece como imagem de uma grande árvore cujas extensas raízes devem estar firmadas em solo firme (as premissas verdadeiras), com um tronco sólido que se ramifica em galhos. Galhos que podemos tomar como as diferentes especializações - apontando para as mais diversas direções, não guardando entre si nenhuma ligação que não seja o tronco; representando uma concepção mecânica de conhecimento e da realidade, a fragmentação cartesiana do saber. Mas rizoma seria aquele tipo de caule formado por um emaranhado de pequenas raízes em meio a

¹ Professor Doutor de Filosofia da UNIRIO (RJ), escreveu o texto *Labirintos: corpo e memória nos textos autobiográficos de Nietzsche* (2002).

pequenos bulbos, um conjunto complexo no qual os elementos remetem necessariamente uns aos outros e mesmo para fora do conjunto. É uma forma de expansão horizontalizada, capilarizada, como aponta Foucault (2003) sobre o poder, ao entendê-lo capilarmente.

Assim, não se trata de saídas ou entradas, mas de proliferações radiculares, as quais não apresentam necessariamente um tronco ou eixo comum, criando um plano de pensamento, ajudando-me a multiplicar meus pensamentos sobre saúde e mulheres. Uma pesquisa, em uma perspectiva deleuziana, busca “produzir um sentido partilhável, interessante, que forneça algo para pensar. Assim, concluir uma pesquisa não é construir saber ou conhecimento, mas criar, por meio de conceitos, novas possibilidades de pensamento e de existência, longe das coações lógicas e epistemológicas: criação do novo, do notável, do importante, e nunca descoberta” (Tadeu, Corazza & Zordan, 2004, p. 33). São formas que provocam o pensamento, criam condições para este acontecer. No caso desta tese, Foucault e Deleuze possibilitam a criação de um caso-pensamento, acontecimentos em um campo de racionalidade constituído pelas Políticas Públicas de Saúde para Mulheres.

De volta ao labirinto, dizem que lá é o lugar dos esquecimentos... Então, pensei: para não esquecer o caminho, vou descrever como o construí. Como no rizoma (Kohan, 2007) podem se conectar dois pontos quaisquer, pois se está trabalhando por composição, também ele pode ser quebrado em um lugar e nascer em outro (pensar na grama, e não na árvore!). É nessa quebra que minha narrativa começa, quando pego carona em um transporte coletivo, voltando da PUC para casa, e percebo que não os fios, mas os labirintos, como lugares de produção de caminhos que necessariamente se estendem para além das paredes, dos documentos, que nos fazem nos movimentar, procurar, procurar por Minotauros...

Continuo a história, explicitando que não se trata de começos ou inícios, mas de multiplicidades, múltiplas entradas. Trata-se de marcar que esta escrita não procura uma origem da saúde, uma definição, mas movimentos e algumas formas possíveis de entrarmos neles. E foi assim que se tornou necessário multiplicar o fio da Ariadne, torná-lo uma rede – por que não dizer, uma malha viária! – na qual convido a nos lançarmos no percurso do transporte coletivo lotação² número 322, da linha Pinheiro-Partenon, que de repente corta nossa frente e nos propõe este problema, que parece ser do campo da Saúde Pública da Mulher: Ter ou não ter filhos? Quantos filhos ter? Quando ter?



² Lotação é um transporte coletivo, microônibus, sem paradas fixas, que faz parte da malha viária da cidade de Porto Alegre, RS. A foto em questão foi feita em julho de 2007.

Esses primeiros fios constituem certa materialidade do que é possível ver e falar, ou seja, provocam o pensamento, encaminham a reflexão para a discussão que Foucault (2004a) faz: podemos entender discurso como um conjunto heterogêneo de enunciados de um determinado campo de saber, neste caso, a saúde da mulher, o qual é constituído historicamente e em meio a disputas de poder. A saúde da mulher torna-se um discurso no campo da saúde na medida em que existe dentro de uma ordem discursiva, ocupa uma posição estratégica, figura com certo *status*, permite dizer o que é da ordem do verdadeiro e do falso e, mais do que isso, se apresenta hoje como uma forma de produção de sujeitos. Nessa lógica, falar em saúde da mulher é falar de um tipo de experiência em que verdade, política e subjetividade estão em jogo.

Essa produção dá-se quando o discurso nos interpela, por exemplo, quando olhamos a propaganda no lotação e nos perguntamos quantos filhos queremos ter e como essa escolha está relacionada a uma forma de cuidados em saúde. Voltando ao rizoma: que fios são esses que ligam número de filhos a cuidados em saúde? Os discursos formam os objetos de que falam, isto é, discursos são práticas, na medida em que constituem sujeitos e corpos, assim como formas de existência. Eles nos falam, nos fazem falar e dar visibilidade sobre o que propõem como cuidar da saúde, constituindo determinados modos de compreender, pensar e viver o que é essa saúde. O discurso é posto no lugar de objeto para que se possam analisar as suas condições de produção e efeitos de subjetivação.

Interrogar-se sobre as políticas públicas em saúde para a mulher, sobre os discursos que a tornam um objeto de saber-poder, não consiste em perguntar somente o que a ciência (preferencialmente, a Medicina) diz sobre saúde, e sim o que se diz organizar essa multiplicidade, descrevendo como se articulam esses diferentes campos econômicos, políticos. Quero dizer que não se trata só a ciência, mas da política

(feminismo) e da economia (capitalismo) também, no sentido de articulá-las e não de unificá-las.

Esses diferentes campos discursivos significam distintas formas de produção de sujeitos, ou seja, formas de subjetivação. Portanto, os discursos não são subjetivos, mas subjetivam, na medida em que o indivíduo toma para si determinado discurso, considerado legítimo e verdadeiro, modificando-se e identificando as prerrogativas desse discurso como suas. Sendo assim, os diferentes discursos que sustentam o cuidado em saúde incidem sobre a vida de mulheres/homens, determinando não só o seu modo de viver, como também a experiência que fazem de si mesmos. O discurso não é tomado como sendo em si mesmo verdadeiro ou falso; entende-se que o discurso inventa verdades e constitui os objetos e sujeitos sobre os quais fala.

Ao seguirmos esses rastros que Foucault (2004a) deixa no pensamento, no que tange aos campos de visibilidade e enunciabilidade, deparamo-nos com as linhas de força que conformam os discursos. Dessa forma, considerar o discurso como objeto de análise implica rastrear, também, os jogos de força, uma vez que a subjetividade é uma dobra, é uma forma de inflexão das linhas de força que tornam o sujeito um efeito de estratégias de poder. Entretanto, afirmar apenas que o sujeito é um efeito de poder, por si só, ainda é muito pouco. Se o governo da conduta pauta-se pela invenção de critérios do que deve ser o sujeito, ligando-o, marcando-o e identificando-o a uma identidade (a um modelo de ser sujeito), são as relações de poder-saber que tornam possíveis a invenção desses critérios, a sua materialidade (por meio de técnicas, procedimentos e práticas), seu sucesso ou mesmo as resistências a eles.

Assim como Foucault pergunta como nos tornamos sujeitos de uma sexualidade (Foucault, 1999) ou como nos tornamos sujeitos patológicos ou anormais (Foucault, 2002a), vimos indagando como certas formas de propor saúde constituem sujeitos-

mulheres. Ao *encontrarmo-nos* neste percurso do lotação, passamos a indagar sobre o que circula como saúde a partir da saúde da mulher, o que acaba por recolocar o problema. A saúde passa a ser o objeto mediante o qual passamos a pensar a saúde da mulher – a saúde como conceito-problema, no sentido de Silva (2005). Deixa-se de tomá-la como um fato natural, ao modo de existência da vida humana, e passa-se a constituí-la como uma multiplicidade construída a partir de uma relação de forças em um campo historicamente dado. A saúde é o que propicia colocar em análise o campo da saúde da mulher, onde as teorias feministas servirão como estratégia política na saúde, que objetiva a saúde da mulher – fazem parte de um dispositivo: de gênero.

Não pensaríamos absurdamente que o lotação apareceu naquele momento em que lançamos nosso olhar sobre ele. Muitas coisas são necessárias para colocá-lo em circulação – uma rede que se articula e que temos que saber identificar e decodificar para dela podermos fazer parte: por exemplo, para saber se ele nos leva para onde desejamos, o que é necessário para dirigi-lo, para fabricá-lo, que tipo de combustível usa, se polui o meio ambiente. Como Latour (2001), que nos faz prestar atenção aos detalhes da prática científica, mostrando como uma amostra de um torrão de terra se *transforma* na floresta Amazônica, vai também nos conectando a essa rede, que inclui humanos e não-humanos e o modo como acondicionamos o mundo em palavras.

O lotação circula e podemos pegar uma carona em seu circuito, mas também circula com ele uma forma de se pensar, falar, enunciar saúde pública: um tema da área de planejamento familiar, que passa a ser familiar, fazer parte do cotidiano. Saber como a saúde circula, no cotidiano, torna-se uma questão importante para configurar esta tese.

A forma de pegar carona nessa imagem vem pela escrita de Deleuze (1992; 2006) sobre a mudança nos movimentos, a qual ele exemplifica com os esportes, mostrando que hoje o movimento se define cada vez menos a partir de um ponto de

alavanca ou ponto de origem. Os novos esportes (surfe, windsurfe, asa delta) são do tipo inserção em uma onda preexistente. A questão já não é mais a origem como ponto de partida, mas como se fazer aceitar pelo movimento de uma grande vaga ou coluna de ar ascendente. Mais do que a saída ou a chegada, a questão torna-se manter-se “entre”. Foi necessário mudar o movimento, colocar a saúde em movimento, não mais preocupada com contar a hierarquização dos programas de saúde pública voltados para mulheres, mas as possibilidades de sua heterogeneidade, múltiplas possibilidades de conexões, falar do que se mantém “entre” saúde e mulher.

O lotação passa a funcionar como um intercessor deleuziano, o qual pode ser pessoas ou coisas, plantas, animais, fictícios ou reais, todos fabricados, que nos ajudam a nos exprimir, auxiliam a tornar visível o pensamento (Deleuze, 1992; 2006). *Pegar carona* nessa imagem permite-nos pensar sobre nosso pensamento funcionando como um intercessor, questionando que o problema de pesquisa também não apareceu quando lançamos o olhar sobre ele, mas foi construído a partir das questões que lançamos, sendo da ordem da criação, e não de uma representação de algo já dado.

É esse percurso que precisa ser descrito para tornar-se um problema, explicitando-se um pouco das articulações da rede que permitem pensar como saúde circula, de que forma ela se torna um conceito-problema que não me permite mais tomá-la como uma evidência, como um fato, mas como algo articulado em rede, construído. É uma das estratégias que ajudam a construir a saúde, o objeto de pesquisa, é tomá-la dentro do que Peter Spink (2003) nomeia como campo-tema, que é a área da saúde da mulher, ou seja, um complexo de redes e sentidos que se interconectam, um espaço criado, herdado ou incorporado pelo pesquisador e negociado, na medida em que este busca se inserir nas suas teias de ação.

Então, como pensar o que o Ministério da Saúde pergunta na traseira do lotação? Ter ou não ter filhos? Quantos filhos ter? Quando ter? Precisamos descrever a rede que esse lotação põe em jogo. Jogo no sentido foucaultiano, os jogos de verdade, os quais se referem ao conjunto de regras de produção da verdade ou, ainda, aos diferentes procedimentos que conduzem a uma verdade – um “regime de verdades” que sustenta uma determinada forma de dominação. São discursos que constituem um determinado campo e que, em alguns momentos, se antagonizam; em outros; se reforçam em uma relação permanente de forma (enunciado) e força (poder). Entendendo-se que a verdade é produzida, cada época determina o que pode ser dito e pensado a partir dos “jogos de verdade”. A idéia de que um regime de verdades é fruto dos jogos, isto é, da luta entre diferentes campos de saber, pressupõe uma tensão constante. A constituição de um campo de saber nunca é neutra; ao contrário, sempre produz relações de poder e nelas se insere.

Spink (2003) torna-se importante quando permite que nos transformemos em contadores/as de histórias, como quando fala de sua boneca contadora de histórias inserida numa rede de sentidos. *Nosso* lotação também fala de caminhos possíveis, passando a funcionar de modo diferente do que “naturalmente” tomaríamos como sua função principal – como meio de transporte de humanos – e transportando o discurso do Ministério da Saúde para todos. Seguindo nosso autor, isso não quer dizer que se trata de um espaço criado voluntariamente, mas sim que é debatido e negociado ou, melhor ainda, é argüido dentro de um processo que também tem tempo e lugar.

Assim, deixar de olhar a saúde como uma evidência e torná-la um problema significa pensá-la em uma formação histórica que tem a saúde como uma estratégia política, como Foucault (2004a) nos ajuda a pensar:

O discurso não tem apenas um sentido ou uma verdade, mas uma história, e uma história específica que não o reconduz às leis de um devir estranho (...)

comporta um tipo de história, uma forma de dispersão no tempo. (...) [O] a priori histórico não constitui, acima dos acontecimentos; (...) define-se como o conjunto das regras que caracterizam uma prática discursiva: ora, essas regras não se impõem do exterior aos elementos que elas correlacionam, estão inseridas no que ligam (pp. 146-147).

Nesse contexto, Foucault está explicando a formação do discurso, que este se encontra em uma episteme; isso significa que existem condições históricas de possibilidade para um determinado discurso, mas devemos cuidar para não cair em um materialismo dialético de dizer que existe a história e os fatos. A formação histórica é um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas que, no efeito de conjunto, produzem certa forma de percebermos os acontecimentos, ou seja, produzem uma racionalidade naquele tempo-espaço. Neste caso, a saúde é um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas que se constituem em um determinado tempo-espaço, que constituem certa formação histórica, apresentando como problemática política a própria saúde. Isso quer dizer que as práticas em saúde não são bem-estar social, mas uma formação histórica que precisa responder a uma urgência: é uma estratégia política da modernidade.

O lotação constitui-se, assim, como forma de marcarmos o campo-tema (saúde da mulher) e sermos tomados por ele; ao mesmo tempo, é uma forma de ir refazendo esse campo, que deve ser pensado como rede. Não sabemos quem *persegue* quem. Será que estamos ficando obcecados pelo tema ou ele está aí para todos, já que a propaganda circula? Não se trata de estudos de recepção, de identificar para quem se direciona, mas de como vamos articular essa propaganda do Ministério da Saúde de forma a constituir o que pode ser visto – enunciando que tudo depende do que *alguém* quer: quantos filhos se desejam e quando. Agora podemos apontar que, apesar de essa propaganda fazer parte das políticas da área da saúde da mulher, a conversa é para todos, independentemente de quem sejam.

Nesse percurso, precisamos estranhar velhas paisagens, o que em princípio estava dado, ou seja, saúde da mulher. Para poder *rachar* o conceito, é preciso procurar os deslocamentos, as transformações, não pensando em progressos ou melhorias, mas no que pode ser dito em uma determinada época. Não se trata de interpretar o que se diz sobre saúde da mulher, pois, como sublinha Foucault (2005)³, nada há a interpretar, visto que tudo já é interpretação. Assim, trata-se de estabelecer uma relação de violência, subvertendo as palavras, quebrando-as a marteladas. Trata-se de permitir-se uma interrogação no sentido foucaultiano, de partir palavras e coisas, fazer uma disjunção naquilo que parece óbvio – Saúde e Mulher. Aqui se trata de pensar como esses objetos passam a ser articulados, quais as estratégias de poder que os aproximam. Por isso, analisa-se a saúde para entender como a questão da mulher articula-se nesse campo, de que modo a mulher serve como um artifício para o controle das populações em termos de biopolíticas, ou seja, uma resposta política aos movimentos que as mulheres passam a fazer em termos de resistência.

A interrogação sobre o campo da saúde da mulher provoca o pensamento a desterritorializar a saúde da mulher por meio de um exercício de disjunção, de modo a considerar as duas figuras que a formulam - saúde e mulher - como um jogo político. A saúde é objetivada como a coordenada que orienta a investigação no sentido da interrogação, daquilo que possibilita uma problematização, que permite ver o loteamento. Indagar sobre a configuração da saúde, torná-la um conceito-problema, implica situá-la como um acontecimento; significa migrar para um espaço de exterioridade e estranhar uma evidência. Nesse sentido, um olhar genealógico foucaultiano torna-se necessário; como aponta Silva (2005), a *ferramenta metodológica* permite-nos compreender que jamais estamos diante de um objeto real concreto (o dado), mas de um objeto real de

³ Nietzsche, Freud, Marx; publicado originalmente em 1967.

conhecimento (o construído) e, com isso, sua multiplicidade. É importante salientar que não vamos encontrar uma configuração de saúde, mas várias. Cada formação histórica cria um campo de possibilidades de onde emerge certa problemática que engendra ao mesmo tempo uma configuração específica, em nosso caso, de saúde. Portanto, trata-se de compreender como a saúde passa a requerer um tipo de intervenção específica, a partir do momento em que a saúde encontra a mulher; compreender os dispositivos criados no sentido de resolver os problemas com os quais a mulher se vê confrontada.

Os materiais que contêm histórias sobre saúde pública, saúde coletiva e saúde da mulher e marcam acontecimentos, rupturas, coexistências, regularidades e discontinuidades, que multiplicam o objeto da pesquisa, são tomados aqui como arquivo. São enunciações do presente que demarcam aquilo que é possível ver e falar da história do conceito-problema. São eles: o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher – PAISM (Brasil, 1984), a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher – PNAISM (Brasil, 2004), Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos (Portal, 2005), Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres (Brasil, 2005), a Lei 8080/90, o Relatório da VIII Conferência Nacional de Saúde (Mendes, 1999), a *Revista Physis* – Revista de Saúde Coletiva (1991; 2005), Carta de Itapetecica (Labra, 1984), Xavier (1989), *Revista Galileu* (2006), bem como enunciações do cotidiano, como nota publicada no portal Globo. com (G1) e o Lotação 322 (2007).

Passemos a *inventar* as paisagens a serem descritas nesta tese. Primeiramente, instituímos o campo de pesquisa com as interrogações iniciais sobre o PAISM, entendido como um campo de saúde pública para mulheres, e a forma como este circulava no Hospital Nossa Senhora da Conceição. Votamo-nos, então, à discussão da relação que o programa vai estabelecendo entre saúde e mulher, desenvolvendo pontos/nós da tecedura dessa rede do entre saúde e mulher: corpo, biopoder, inclusão,

saúde pública, feminismo, gênero, direitos humanos, integralidade.

Posteriormente, passamos a articular gênero e saúde a partir da Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, onde saúde e a mulher na saúde tomam diferentes configurações com o movimento político feminista, e passamos a falar sobre direitos sexuais e reprodutivos – planejamento familiar e os efeitos da inclusão de gênero como constituinte de uma política de saúde para as mulheres.

Por fim, descemos do lotação e pensamos nas paisagens que vimos: modos de subjetivação, eugenia e biopolítica. Tomamos a saúde como conceito-problema, o que nos proporcionou colocar o campo da saúde da mulher em análise. As teorias feministas serviram como estratégia política na saúde, conformando o que nomeamos *dispositivo de generificação*. Encontramo-nos, então, com a discussão sobre sociedade de controle, cuidado de si e biopotência e as formas de pensarmos saúde da mulher e os modos de objetivá-la como uma forma de multiplicação de objeto, ou seja, saímos da saúde da mulher e vamos para a vida.

O INÍCIO DA LINHA: O HOSPITAL

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) foi o programa que começou propriamente a instituir o campo de pesquisa, a ser alvo de interesse, pois é descrito como um marco na questão da saúde da mulher – institui práticas –, sendo sua própria criação uma convergência de esforços entre o movimento de mulheres e o Estado no início da década de oitenta, mais precisamente, em 1983. O programa é entendido aqui como a emergência de um campo da saúde pública para mulheres. Emergência no sentido de Foucault (2003), como entrada em cena das forças; sua interrupção, o salto pelo qual se passa dos bastidores para o teatro – um lugar de confronto.

O PAISM aparece como primeiro programa de saúde pública para mulheres, o qual se desenvolve na esteira dos movimentos sanitário e feminista, trazendo consigo uma divisão importante de opiniões: como algo que permite a legitimação do direito de escolha das mulheres em relação à vivência da sua sexualidade (direitos reprodutivos) e também como fonte de dúvidas quanto ao seu uso para o controle de natalidade. São questões que apontam para um sentido controvertido do programa e que, em um primeiro momento, conduzem esta pesquisadora a uma busca nas materialidades do Hospital Nossa Senhora da Conceição.

O interesse de pesquisa que trouxemos para o doutorado estava no modo como circulava o PAISM como um programa de saúde pública para mulheres e como era posto em prática. Em função de uma primeira idéia de prática como um lugar onde as coisas acontecem, foi escolhido o Hospital Nossa Senhora da Conceição como campo de pesquisa. Esse hospital caracteriza-se por ser o único eminentemente público no Estado

do Rio Grande do Sul; toda a sua clientela é de usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), portanto, foco de políticas públicas de saúde.

O Hospital Nossa Senhora da Conceição faz parte do Grupo Hospitalar Conceição. Este é constituído, ainda, pelo Hospital da Criança, Hospital Fêmeina, Hospital Cristo Redentor e Serviço de Saúde Comunitária – composto por doze Unidades Sanitárias localizadas nas comunidades da região norte/oeste de Porto Alegre.

Os primeiros contatos no Hospital foram feitos com a Gerência de Ensino e Pesquisa (GEP), um corpo funcional de especialistas (médicos, psicólogos, odontólogas, assistente social, enfermeiro, historiador) responsáveis pela fomentação pedagógica do espaço hospitalar. Foi consenso nesse grupo que o melhor a fazer era seguir os passos das usuárias para entrada no Hospital. Isso significava: primeiro, o atendimento no Ambulatório e o Curso para Gestante e, depois, o Centro Obstétrico (CO).

As interrogações iniciais que nos fizeram circular pelo Hospital diziam respeito aos seguintes aspectos: como o programa vai sendo colocado em prática, como circula no CO, como as pessoas pensam sobre seu trabalho de atendimento a mulheres dentro daquilo que os manuais de cuidado do Ministério da Saúde propõem. Todas as fases do atendimento estão protocoladas e não se restringem ao CO, abrangendo também o pré-natal realizado no Ambulatório, com atividades como o curso em grupos para gestantes e seu acompanhante. A participação neste assegura aos pais/homens (ou quem for acompanhar o parto) sua carteira de identificação, que permite sua participação no momento do parto, ou seja, entrar no CO. No curso, *ensina-se* como funciona o corpo grávido (normal e sinais de risco, o que se pode/deve ou não fazer), como se comportar no Hospital no que diz respeito ao parto e os cuidados básicos com o bebê.

Depois, no CO propriamente dito, são vivenciados todos esses passos (diferentes momentos, desde a preparação até o pós-parto e entrada no quarto) da entrada da

gestante até sua saída e do bebê, que deve ser amamentado pela mãe, devidamente orientada desde o curso no pré-natal. Porém, caso o bebê seja prematuro e necessite ficar internado no Hospital, pode vir a fazer parte do Programa Mãe-Canguru. O bebê que necessita esse atendimento não fica apenas na incubadora, mas também é mantido em contato com o corpo da mãe, favorecendo o vínculo materno, o que, segundo indicam pesquisas, diminui o tempo de internação.

Manter-se dentro desses protocolos/programas/políticas do Ministério de Saúde asseguram ao Hospital fazer parte da rede que inclui também a importância de fazer pesquisas para obter financiamento e melhoria de atendimento às pessoas, bem como a liberação de verbas para o setor do Hospital. Por exemplo, a mudança de nome de Centro Obstétrico para Linha Cuidado Mãe-Bebê, para atender a questões relacionadas à política de saúde para mulheres, ocorre em função da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), do Ministério da Saúde, para o período de 2004-2007. Surge no campo de pesquisa, então, uma política de saúde, não mais um programa, ou seja, passamos a ter o PAISM e a PNAISM.

Segundo Bernardes (2005), a diferença entre política e programa diz respeito a uma forma epistemológica e uma forma substantiva. As políticas são diretrizes do sistema de saúde, enquanto que os programas são modos de operacionalizar essas diretrizes. Neste nosso caso, o programa é anterior à conformação do Sistema Único de Saúde, e as diretrizes que ele operacionaliza estariam ligadas ao movimento de instituição desse campo de saúde da mulher e do próprio SUS. Se pensarmos em termos da emergência não como *termo final* (Foucault, 2003), então, quais diretrizes essa política (PNAISM) propõe para as ações no campo da saúde da mulher? Haveria rupturas ou continuidades na forma de objetivar esses sujeitos da saúde pública, em função da atual proposição? Esta é uma questão importante, pois é a partir dela que

passamos a pensar no que o PAISM faz circular em termos de práticas discursivas, considerando-o como um produtor da saúde da mulher, para depois poder pensar a PNAISM.

Continuando nosso percurso, perguntamos: mas será que usuárias só fazem esse caminho no Hospital? Passamos a procurar outras entradas, não especificamente a de um sujeito-mãe, mas que fosse de mulheres – já que existe um campo de saúde das mulheres. Encontramos a Atenção à Saúde da Mulher do Serviço de Saúde Comunitária (Unidades Sanitárias de Saúde), espaço que fica na comunidade e é porta de entrada para o Hospital – que passa a conformar outros caminhos da saúde da mulher a partir da PNAISM. Aparecem questões como quem é a mulher, o modo de atendê-la, o lugar, o que ela precisa, a maneira como deve se cuidar, quando deve retornar (por exemplo, “o posto” chama na hora de fazer o preventivo de câncer) e seus direitos. O texto da política *circulava* como demarcação de direitos: *Com isso aqui (PNAISM), temos como lutar pelas mulheres!*⁴ No momento, a questão discutida era a necessidade de um diagnóstico em relação à aquisição e distribuição de contraceptivos pelas unidades de saúde e as questões do planejamento familiar contidas na política⁵.

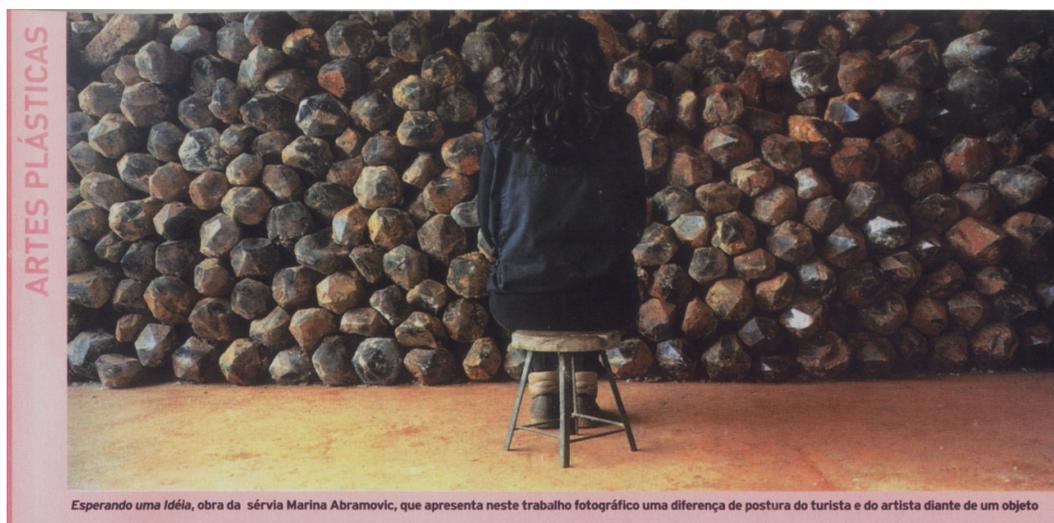
Essas formas são as primeiras figuras, objetos, práticas que encontramos no campo da saúde da mulher. À medida que o labirinto vai ficando familiar, percebemos que o que procuramos leva para outras relações, coloca-nos de outra forma em relação ao que ocorre entre as paredes do hospital e fora dele, as quais parecem se situar nesses documentos, que protocolam as formas de agir. Começamos a colocar em análise a

⁴ Fala de uma das médicas do serviço.

⁵ Desse encontro, surgiu um projeto integrado entre o Grupo de Pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação/PUCRS e o Serviço de Saúde Comunitária do GHC para investigar questões relativas ao Planejamento Familiar, parte publicada no artigo *O aborto e as Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher*.

própria forma como tomávamos a saúde da mulher em um primeiro momento: uma evidência.

Descrevendo a paisagem: postura de pesquisador/a



Fonte: Revista Bravo – fevereiro 2008.

Vamos acrescentar à foto o olhar do/a pesquisador/a! Pensar, como propõe Ratto (2006), não como uma relatividade de pontos de vista, não como metáfora visual da "*posição desde onde se enxerga*", pois esse ponto de vista é sustentar uma espécie de relativismo epistemológico, "*você, leitor, presenciará aqui meu olhar sobre o mundo. O que digo não é a Verdade do mundo, mas tão somente meu olhar sobre ele*" (p. 236).

Não nos é possível falar de uma racionalidade como elemento exterior ao mundo: assemelhar a razão e os argumentos dela decorrente a um olho que "enxerga desde seu ponto de vista" o mundo que lhe é exterior. Isso seria a idéia de um sujeito (o olho, a razão) apartado do objeto (a coisa a ser vista, o mundo) como seres preexistentes à relação que os une. Não são várias perspectivas ou olhares sobre um mesmo objeto, mas

sim de perspectivas diversas, cada uma ao seu modo conspirando para a criação de um sentido comum aos vários elementos do trabalho, e essa é a garantia de sua unidade.

Para Foucault (2003), a genealogia não teme ser um saber perspectivo; para ele, o sentido histórico é perspectivo:

ele olha de um determinado ângulo, com o propósito deliberado de apreciar, de dizer sim ou não; (...) em vez de fingir um certo aniquilamento diante do que ele olha, em vez de aí procurar sua lei e a isto submeter cada um de seus movimentos, é um olhar que sabe tanto de onde olha quanto o que olha. O sentimento histórico dá ao saber a possibilidade de fazer, no movimento de seu conhecimento, sua genealogia (p. 30).

Essas primeiras incursões no campo levaram-nos a pensar outramente, ou seja, produziram abalos e rupturas que colocaram a saúde da mulher em um campo de estranhamento: deixou de ser uma evidência e passou a ser um problema. Isso direcionou para o programa (PAISM) e, mais tarde, para a política (PNAISM) em termos de materialidades discursivas, e não mais à busca dessas materialidades na empiricidade do Hospital. Isso representava um problema epistemológico: procurar o programa no Hospital seria considerar que era preciso comprovar sua existência nas práticas em saúde. Na torção do pensamento, consideramos, então, não se o programa acontece ou não, mas qual a relação que o programa e a política vão estabelecendo entre saúde e mulher. Como aponta Deleuze (2006), na disjunção entre ver e dizer, não se resolve o problema do saber invocando uma correspondência a uma conformidade, mas é preciso buscar em outro lugar a razão que os entrecruza e os tece um no outro. É como se o arquivo tivesse uma grande falha: de um lado, a forma do visível; de outro, a forma do enunciável – ambas irreduzíveis. “É o fora das formas numa outra dimensão que passa o fio que as costura uma a outra e ocupa o entre-dois” (p. 121). Passaremos a desenvolver pontos/nós da tecedura dessa rede do entre saúde e mulher: corpo, biopoder, inclusão, saúde pública, feminismo, gênero, direitos humanos, integralidade.

A medicina social: do indivíduo à população

O capitalismo que se desenvolveu em fins do século XVIII e início do século XIX não se deu de uma medicina coletiva (não centrada no indivíduo) para uma medicina privada, mas ao contrário. A medicina moderna é uma medicina social que focaliza certa tecnologia do corpo social; apenas um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente. Foi somente a partir da metade do século XIX que o corpo passou a ser investido como força de produção, força de trabalho (Foucault, 2003).

Não se quer dizer que as práticas em saúde, como atividade artificial da condição humana, sejam algo atual, mas a saúde tornar-se-á foco de investimentos a partir da Modernidade, edificando-se no capitalismo na forma como a concebemos hoje. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.

Esse mecanismo de controle do corpo apresentará duas formas de investimento: a anátomo-política e a somato-política. Ambas, em conjunto, conformam o que Foucault (1999) nomeou de biopoder. A anátomo-política toma o corpo como uma mecânica e volta-se para a precisão dos movimentos dessa mecânica. A somato-política, em contrapartida, objetiva um corpo-vida, interessando-se pelos processos relativos às formas de viver, principalmente no seu efeito de conjunto – população. São estratégias que se tornam possíveis pela relação que se começa a estabelecer entre uma razão de Estado e a população.

Dessa forma, o biopoder configurado em uma sociedade capitalista tem no biológico, no somático, no corporal, na mecânica desse corpo, seu foco de investimento. O corpo será, então, uma realidade bio-política. Essas estratégias de biopoder tornam-se possíveis quando a medicina passa a fazer parte de uma racionalidade de Estado, ou

seja, articulam-se medicina e Estado como forma de governo das populações. Desse modo, “a medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2003, p. 80).

Essa estratégia configura-se quando a relação entre corpo, saúde e força produtiva se torna uma urgência a ser respondida pelo Estado. Esse corpo investido como força de trabalho só emerge na metade do século XIX, com a medicina social, quando se colocou o problema do corpo, da saúde e do nível da força produtiva dos indivíduos. Essas novas tecnologias de controle que aparecem na metade desse século dão uma forma concreta para uma racionalidade de Estado que precisa integrar o indivíduo em uma entidade social (Foucault, 2004b). Isso faz com que se apresente uma intervenção crescente do Estado na vida dos indivíduos e, assim, o problema da vida torna-se problema para o poder político.

É importante assinalar que o que administra o Estado é a polícia, conjuntamente com a justiça, o exército e as finanças. Trata-se de uma forma de governo que objetiva o indivíduo como vivo, ativo e produtivo. A medicina, então, será uma forma de articular biopoliticamente essas três dimensões. Mas, para tanto, deve configurar-se como uma medicina voltada para os fenômenos da população em seu conjunto, e não como uma medicina para indivíduos isolados, como se apresentava a medicina clássica.

Foucault (2003) descreve três etapas da formação de medicina social:

1. Medicina de Estado (Alemanha): tem sua atenção no próprio corpo dos indivíduos constituintes desse estado; melhoria do nível de saúde da população, normalização da profissão médica; Maiúscula ou minúscula?

2. Medicina urbana (França): sustenta-se no fenômeno da urbanização, desenvolvimento das cidades, métodos de vigilância e hospitalização; no Ocidente, modelos de organização de saberes sobre saúde: o de reação à lepra (excludente), exilar, de purificação da cidade, e o da peste, de internamento (inclusão), vigilância, análise

minuciosa da cidade. Associação da medicina com outros saberes – ciências, o controle político-científico do meio: noção de salubridade, que não é a mesma coisa que saúde, mas sim o estado das coisas, do meio de existência, que permite a base material para a saúde. Correlativamente à *salubridade*, aparece a noção de *higiene pública* – técnica de controle e modificação dos elementos materiais do meio que são suscetíveis de favorecer ou prejudicar a saúde.

3. Medicina social (Inglaterra): dirigida aos pobres, operários, a força de trabalho. A população pobre havia se tornado uma força política. A lei dos pobres, a idéia de uma assistência controlada – o controle médico da população, uma intervenção médica que é tanto uma maneira de ajudar os pobres com suas necessidades de saúde (sua pobreza), quanto um controle das classes ricas, pelo qual se assegurava a saúde das classes pobres e, por conseguinte, a proteção das classes ricas. “Uma medicina que é essencialmente um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (Foucault, 2003, p. 97).

Com a Revolução Industrial, segundo Paim (1986), a saúde passa a ser incorporada nas pautas de reivindicações dos trabalhadores, através do incremento de sua participação política, principalmente na Alemanha, Inglaterra e França, produzindo impacto sobre as condições de vida e saúde das suas populações. Surge a Medicina Social, resultante desse processo político e social, postulando a aplicação da medicina no campo social, visando à cura dos males da sociedade. Apesar do fracasso, fornece as bases doutrinárias para subseqüentemente se pensar nas questões de saúde na sociedade.

Paralelamente, nos EUA e Inglaterra, constitui-se o movimento chamado de Sanitarismo, ligado à questão da ação do Estado na saúde. Visava à aplicação de tecnologias e princípios de organização racional para a expansão de atividades profiláticas (saneamento, imunização e controle de vetores) para classes populares e

setores excluídos da população. Temos a emergência do paradigma microbiano, que reforça o movimento Sanitarista, promovendo as bases do processo de hegemonização, batizado de Saúde Pública, que redefine a teoria e a prática no campo da saúde social no mundo ocidental (Paim, 1986).

Assim, o biopoder, indispensável no desenvolvimento do capitalismo, só pode ser alcançado à custa da inserção controlada dos corpos no aparelho de produção e por meio do ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos. A ação provedora do Estado não se faz efetivamente para melhorar as condições de vida da população, mas para incrementar os níveis de desenvolvimento das nações a partir de uma separação/cisão social: políticas públicas para os pobres e medicina clássica/curativa para os ricos.

Quando Foucault (1999; 2002b; 2003) discute a passagem de uma sociedade de soberania para uma sociedade de controle, traz como fenômeno fundamental a elevação a alguma dignidade da vida pelo poder; uma tomada de poder sobre o homem como ser vivo, uma espécie de estatização do biológico. A primeira acomodação do poder soberano é sobre o corpo individual, na forma de vigilância e treinamento, funcionando de forma mais intuitiva, empírica, no âmbito das instituições, como escola, hospital, quartel. A segunda dá-se sobre os fenômenos globais – população, com os processos biológicos das massas humanas, o que implica órgãos de coordenação e centralização. Isso ocorre a partir da inoperância do poder de soberania em reger o corpo econômico e político de uma sociedade em vias de explosão demográfica e de industrialização, no final do século XVIII.

Na sociedade de soberania, o direito de vida e de morte era um de seus atributos fundamentais: o soberano pode *fazer morrer e deixar viver*. Do ponto de vista da vida ou da morte, é neutro. Esse direito só se exerce de forma desequilibrada e sempre do

lado da morte: o soberano pode matar, pois ele exerce seu direito sobre a vida. Transformações do direito político do século XIX completaram esse direito de soberania com outro novo, que vai perpassá-lo, modificá-lo, invertê-lo: *poder de fazer viver e deixar morrer* - uma sociedade de controle (Foucault, 2002b, p. 287). Hoje, tem-se a propaganda do Ministério da Saúde sobre acidentes de trânsito: “*Viva, essa é a lei*”.

Depois da anátomo-política do corpo humano no decorrer do século XVIII, que investia fundamentalmente na disciplinarização do corpo, um corpo como máquina, vimos aparecer no final daquele século uma *biopolítica* da espécie humana, um investimento nas formas de viver, em que o corpo será focalizado como organismo do vivente que possibilita as formas de viver. A disciplina tenta reger a multiplicidade de homens, na medida em que redundam em corpos individuais que devem ser vigiados, treinados, utilizados e eventualmente punidos. A biopolítica não exclui a tecnologia disciplinar, mas integra, embute, vai implantar-se de certo modo nela. Ela se aplica – diferentemente da disciplinar, que se dirige ao corpo – à vida dos homens, não ao homem-corpo, mas ao homem vivo, ao homem-espécie. Ela se dirige à multiplicidade dos homens, não na medida em que eles se resumem em corpos, mas na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos de conjunto que são próprios da vida, processos como o nascimento, a morte, a produção, a doença.

Trata-se do conjunto desses processos, junto com problemas econômicos e políticos, constituindo os primeiros objetos de saber e os alvos de controle dessa biopolítica. Não se trata só da natalidade/fecundidade, mas também da mortalidade, das doenças difíceis de controlar e de custos econômicos, da medição estatística desses fenômenos com as primeiras demografias. “A doença enquanto fenômeno da população: não como morte que se abate sobre a vida: epidemia, mas como morte permanente, que

se introduz sorrateiramente na vida e a corrói, diminui a enfraquece” (Foucault, 2002b, p. 291).

Assim, há o aparecimento de um novo elemento, que nem a teoria do direito (indivíduo e a sociedade) nem a prática disciplinar (indivíduo e seu corpo) conhecem. É um novo corpo: corpo múltiplo, com inúmeras cabeças. É a noção de população. A biopolítica lida com a população como um problema político, a um só tempo científico e político, como problema biológico e de poder (Foucault, 2002b).

Esses fenômenos que se começam a levar em conta trazem a introdução de uma medicina que vai ter agora a função maior da higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, centralização da informação, de normalização do saber. Ela adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e de medicalização da população – problemas de reprodução, natalidade, morbidade.

Outro campo de intervenção da biopolítica vai ser dos fenômenos universais e também dos acidentais que acarretam situações análogas às de incapacidade, de indivíduos fora de circuito produtivo, como, por exemplo, a velhice, os acidentes, as enfermidades, as anomalias diversas. Em relação a esses fenômenos, a biopolítica vai introduzir não só as instituições de assistência, mas mecanismos mais sutis, economicamente racionais, de poupança individual e coletiva.

O poder investido cada vez mais no direito de fazer viver, na maneira de viver, no *como* da vida, intervém, sobretudo, nesse nível de aumentar a vida – controlar seus acidentes. Mecanismos implantados pela biopolítica, previsões, estimativas, medições globais irão intervir naquilo que são determinações desses fenômenos gerais, no que eles têm de global. Trata-se de otimizar um estado de vida, não considerar o indivíduo em nível do detalhe, mas mediante mecanismos globais, estados globais de equilíbrio, de regularidades; considerar os processos biológicos do homem-espécie e assegurar

sobre eles não uma disciplina, mas uma *regulamentação* (Foucault, 2002b; 2003). O elemento que vai circular entre os dois e permitir a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica vai ser a *norma*. A sociedade de normalização, no século XIX, é uma articulação entre a norma da disciplina e a norma da regulamentação.

A biopolítica torna-se parte da economia política, ou seja, da forma como a figura do Estado, e não do Soberano, articula-se à da população. A conformação da biopolítica encontra na figura do Estado e da população um ponto de intersecção, de investimento e de governo. Administrar a vida da população torna-se uma razão de Estado, uma justificativa que objetiva tanto a formação do Estado quanto da população em seu conjunto. A política pública, então, torna-se uma estratégia de governo e de articulação entre Estado e população.

A partir dessas idéias de Foucault (2003) sobre o nascimento da medicina social e do Estado, procuramos situar a *população* entre dois pontos: corpo e biopoder. Descrevemos o biopoder/biopolítica de Foucault (1999; 2002b; 2004b) e, a partir disso, passamos a pensar a emergência da normalização: técnicas destinadas a dirigir as condutas no que se refere à saúde, formas como construímos relações de saber-poder e saúde, o controle das populações e a saúde pública. Torna-se importante situar a biopolítica e a medicina, na medida em que é por meio também da medicina que as biopolíticas se tornam possíveis. Nesse sentido, quando saúde tem sido um atributo fundamentalmente da medicina, não é de se estranhar que se busque a política/programa dentro do hospital, como ocorre no primeiro movimento desta pesquisa.

Essas questões são importantes para pensarmos a constituição do campo da Saúde Pública, que, conforme Birman (2005), se dá a partir da medicina moderna no final do século XVIII. Ela surge com uma polícia médica e com a medicina social, marcando o

investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades, que, sob o véu da cientificidade, legitimaram a crescente medicalização do espaço social. Sua principal estratégia é combater as epidemias e endemias, esquadrihando e controlando o espaço urbano com dispositivos sanitários. Torna-se, então, uma das responsáveis pela construção de uma nova estrutura urbana. Em nome da ciência, legitimam-se práticas de marginalização de diferentes segmentos sociais, visto que o discurso naturalista da Medicina se articula de modo que as justificativas reforçam uma racionalidade de separação entre ciência e Estado, ciência e economia, separação essa que não existe em uma dimensão política nas práticas sanitárias.

A higienização do espaço público constituído nos centros urbanos acarreta uma gama de preocupações político-sanitárias. Nesse cenário, começam a proliferar os movimentos higienistas, nos quais a medicina figura como ator principal das tecnologias de disciplinamento (conjuntamente com o Estado). A política (polícia) médica estabelece o Estado como definidor de políticas, leis referentes à saúde no coletivo, e como fiscalizadora de sua aplicação social, remetendo os discursos e as práticas de saúde à instância jurídico-política (Paim, 1986).

Proliferaram, a partir daí, tecnologias políticas que investem sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço de existência, com aumento da importância da atuação da norma à custa do sistema jurídico da lei. Há necessidade de mecanismos contínuos, reguladores e corretivos. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida. E a saúde será uma estratégia da norma. Constituições, os códigos regidos e reformados, toda uma atividade legislativa permanente, não devem iludir-nos: são formas que tornam acessível um poder normalizador (Foucault, 1999).

Em vista de a noção de saúde, nas Políticas Públicas de Saúde, estar atrelada à Constituição Federal de 1988, que propõe seu sujeito como cidadão, é interessante pensar que estratégias, a partir das Constituições brasileiras, vão se estabelecendo com o exercício de incluir e excluir os sujeitos – neste caso, a mulher –, num processo de tomá-los a partir da esfera pública, e considerar como a saúde vai fazer parte disso.

Essas idéias de Foucault (1999) sobre a relação entre medicina, Estado e política voltados para a população interrogam a questão desta pesquisa, no sentido da conformação de formas de controle que, mediante um aparato jurídico, formulam modos de inclusão e exclusão de sujeitos, como no caso da mulher, a partir de processos que os tornam foco da esfera pública e da maneira como a saúde é utilizada como estratégia desses jogos políticos.

Inclusão e exclusão na esfera pública

Foucault (2002a) descreve, em *Os anormais*, as noções de exclusão e inclusão, deixando claro que o modelo de exclusão ainda está vivo na sociedade, mesmo sendo substituído pelo modelo da inclusão no século XVIII. Para o autor, exclusão é o afastamento, o desconhecimento; a inclusão, cujo modelo inicial é o controle da população – vítima da peste na Idade Média –, é o modelo do conhecimento, do exame. Passa a ser através da inclusão que se controlam as populações.

O autor aponta que a inclusão normaliza, mas através do seu reverso. É descrevendo o anormal que o discurso chega à noção de normalidade sexual. Ao analisar as três figuras que constituem o domínio da anomalia (monstro humano, o indivíduo a ser corrigido e a criança masturbadora), o autor deixa de falar do normal; este se constitui como negação. Tipo de preocupação política ou de controle social da

população, em seus variados grupos, a natureza binária de normal/anormal deixa de existir.

A questão da normalização é apenas uma das múltiplas formas de inclusão que encontramos no processo político, segundo Pinto (1999a). Ao examinar documentos oficiais (constituições), demonstra como a perspectiva de poder de Foucault abre uma interessante linha de análise, que permite examinar o Estado e seus instrumentos de exercício de poder como parte da economia geral do poder.

No Brasil, Pinto (1999a) ressalta dois períodos com dinâmicas próprias e momentos diferenciados em relação ao contínuo das Constituições⁶. No primeiro, resumidamente, com pacto oligárquico, as elites agrárias governaram o país excluindo qualquer tipo de cidadania da maioria da população. Após 1930, malgrado os ensaios fascistas e o regime militar, as relações de poder tenderam a ser mais disciplinares. “Não se pôde mais dominar pela simples exclusão, pela pura sanção negativa: instaurou-se o regime dos saberes, da inclusão” (p. 38).

No caso da exclusão/inclusão, não se trata de corpos incluídos ou excluídos, como os corpos medievais pesteados ou leprosos, mas de condições incluídas ou excluídas no mundo público – no mundo da cidadania. A mulher aparece na primeira Constituição Brasileira (1824) apenas como possível progenitora de cidadãos brasileiros, pois a questão estava estabelecida em termos da distinção entre os mundos público e privado – a mulher estava inclusa na ordem da família, na ordem privada; estava excluída do mundo público (Pinto, 1999a).

A Constituição de 1934 (da Era de Getúlio Vargas) inaugura no Brasil o que Foucault chama de processo de normalização através da inclusão. A Constituição não é

⁶ Têm-se duas Constituições no primeiro período: uma logo após a Independência, em 1824, e outra após a Proclamação da República, em 1934. Já entre o período de 1937 e 1988, foram seis, das quais se salientam a primeira e a última.

feita por uma elite que ignora o país; é um documento que recorta, classifica, estabelece grupos, cria direitos e deveres específicos. Ela necessita incluir para exercer o poder. O trabalhador e a mulher são os grandes incluídos nessa Constituição. O trabalhador é incluído através dos sindicatos e dos direitos trabalhistas – como salário mínimo, férias, regulamentação das profissões; a mulher, além de eleitora, estava protegida na legislação do trabalho como cidadã (igualdade de salário) ou como trabalhadora-mãe (assegurando-se descanso antes e depois do parto, sem prejuízo do emprego). Há também a inclusão da família como responsabilidade do Estado. Este fica comprometido a amparar a maternidade, a infância, a família de prole numerosa, a juventude e os filhos de operários. Não há sujeitos completamente excluídos! (Pinto, 1999a).

Cabe salientar que, nesse período, o corpo da mulher é ordenado inteiramente para as funções de reprodução; Foucault (1999), ao discutir o dispositivo da sexualidade, demonstra como as mulheres, em um primeiro momento, figuram como “históricas” e depois passam a figurar como corpo, ou seja, percebe-se como o discurso sobre a mulher migra de uma forma de subjetivação, da figura da mulher histórica para uma forma da mulher/corpo-reprodução/trabalho.

Quando Vargas assumiu o governo em 1930, foi criado o Ministério da Educação e Saúde Pública. Após 1934, a Saúde Pública ocupou maior espaço institucional. “Os órgãos governamentais atendiam a situações de emergência quando necessário e procuravam manter algumas atividades de saneamento, postos de saúde e registros profissionais” (Weber, 2003, p. 102). Porém, a saúde não era prioridade. O modelo de intervenção curativa e individual atendia apenas a algumas camadas da população urbana vinculadas a setores organizados.

A Constituição de 1937 apresenta um discurso totalitário: excluir do campo político e incluir no campo social. Na educação pública, o Estado toma para si a formação física, moral e intelectual da infância e juventude, rompendo com a fronteira entre o privado e o público. Apropria-se, também, das lutas dos movimentos sociais, pois, além da luta das elites de sempre, havia a ebulição no interior da sociedade, que constituía seus novos personagens: líderes operários e mulheres feministas – primeira onda do feminismo (Pinto, 1999a).

Paralelamente à legitimação jurídica e sindical dos trabalhadores urbanos, são formuladas ações específicas de saúde para mulheres. Tais medidas obedecem à lógica da regulamentação da força de trabalho urbana. O programa materno-infantil é direcionado para mulheres, mas tem como foco a criança, pois pretende melhorar a qualidade do material humano destinado a fazer funcionar o nascente capitalismo industrial. Em vários pontos do Brasil, mulheres são recrutadas para trabalhar nas indústrias, fato que está na origem do artigo referente a creches no texto da CLT vigente (Xavier, Ávila &Correa, 1989).

No final do século XIX, os movimentos de controle da reprodução humana disseminavam-se na Europa e nos EUA. Contavam com lideranças feministas, que reivindicavam o direito das mulheres de regular sua fertilidade – já se percebe aí uma confluência entre as demandas feministas e as estratégias de controle de natalidade. Cabe salientar que, nos grupos das mulheres, há diferenças quanto a lideranças feministas de tendência higienista e aqueles que vinculavam a necessidade de contracepção a modificações radicais da sociedade industrial que se estabelecia. Conta-se não apenas com descobertas científicas (como a determinação da ovulação feminina e o projeto do dispositivo intra-uterino), mas também com a estruturação de sociedades

organizadas na luta pelo direito ao controle de nascimentos (*birth-control*) (Xavier *et al*,1989).

Há a questão da ditadura militar no Brasil e na América Latina (principalmente na década de 1960), quando ocorre um fechamento nos movimentos sociais que estavam se articulando, motivados por questões econômicas e culturais (estudantes, sindicatos, camponeses). Põe-se fim aos ideais de liberdade e de uma reforma social, enquanto se retoma a questão do desenvolvimento brasileiro. Investe-se, assim, em um projeto de mito da identidade nacional, impondo a língua portuguesa para todos no país, atividades como juramento à bandeira e reativação do hino nacional como fatores importantes para a afirmação de um Estado-Nação (Nardi, 2005).

Para manter esse projeto, era importante que houvesse uma legitimação, o que ocorreu pela implantação de uma série de políticas públicas. Para a criação de políticas na área da saúde, foi necessário reunir uma série de cientistas e atores sociais, que nem sempre estavam de acordo com o posicionamento militar. Abriu-se, assim, espaço para outras formas de produção de saúde (Reforma Sanitária e Saúde Coletiva), além da própria área da saúde da mulher. A partir desse momento, torna-se visível a influência dos Novos Movimentos Sociais – que traziam a centralidade da cultura (para exemplificar, citam-se o feminismo, questões de identidade/raça, o movimento de estudantes, o movimento ecológico).

A ditadura militar, apesar dos mecanismos de extremo controle da população mediante uma lógica de Estado de exceção, ou seja, estado em que os direitos políticos/sociais se encontram em suspenso, provoca a conformação de uma resposta política: a formação de movimentos sociais. Essa formação, entendida como estratégias de resistência ou práticas de liberdade, organiza a população em conjuntos/grupos. Esse movimento tanto opera no sentido de exclusão/separação, quanto de inclusão/junção. A

exclusão/separação apresenta-se mediante a disjunção da população e a organização de comunidades a partir de categorias identitárias: mulheres, negros, índios, estudantes, etc. A inclusão é feita justamente pela convocação da população como sujeitos de direitos: lutas políticas ao redor de necessidades específicas dos grupos/comunidades.

Na década de sessenta, encontramos uma mobilização popular em torno de questões sociais, tais como direitos humanos, pobreza, racismo. Nesse momento, a saúde comunitária ou medicina comunitária implementa centros comunitários de saúde para efetuarem ações preventivas e cuidados básicos a populações geograficamente definidas. Essa proposta recupera o arsenal discursivo da Medicina Preventiva, principalmente a ênfase nas ciências da conduta (sociologia, antropologia e psicologia). A emergência das ciências da conduta surge em virtude da necessidade de ações sobre os modos de viver de populações consideradas vulneráveis. Nesse sentido, as ações preventivas deveriam recair sobre a conduta, sobre as formas de viver das populações, como estratégias de controle. O conhecimento dos processos socioculturais e psicossociais não se destina a facilitar a relação médico-paciente ou a gestão institucional, como no movimento precedente, mas sim possibilitar a integração de equipes de saúde nas comunidades problemáticas, através da identificação e cooptação de agentes e forças locais para os programas de educação em saúde. Seu fracasso é rápido nos EUA, mas, com endosso da OMS (Organização Mundial da Saúde), esses princípios passam a fazer parte dos discursos das agências oficiais. Em 1963, propõe-se incluir a participação da população (Paim, 1986).

No final da ditadura militar, o modelo médico-assistencial privatista mostra seu esgotamento a partir da profunda crise econômica do Estado e do realinhamento dos blocos geopolíticos. Passa a ser gestada uma alternativa para esse modelo, algo que defina um novo padrão de desenvolvimento. Nardi (2005) ressalta que a Reforma

Sanitária, ocorrida em plena ditadura militar, surge como um movimento de resistência dos intelectuais e trabalhadores da saúde ao modelo privatista. Dessa maneira, o campo das políticas sociais deriva do movimento da Reforma Sanitária.

É nessa esteira que o PAISM foi construído, visando ao atendimento integral do corpo das mulheres e à sua presença como força de trabalho (Osis, 1998). Em termos de políticas públicas de saúde, aponta para a integralidade, que, junto com a universalidade, a equidade, a descentralização e a gestão social, se transformam nos princípios do SUS no final da década de 80.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (1986) tem um papel decisivo na construção do que se configura como o SUS, pois lança os princípios básicos para a formulação de uma nova política de saúde, quais sejam: utilização do conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito do cidadão e dever do Estado; necessidade de controle social das políticas adotadas; e constituição e ampliação do orçamento social. O Relatório da Conferência serviu de base, nos aspectos referentes à saúde, na elaboração da nova Constituição Federal, nas diretrizes e princípios do SUS. Em 1988, foi aprovada a nova Constituição Federal; estava criado, constitucionalmente, o SUS, que foi regulamentado pelas leis nº 8080, de 19/09/90, e nº 8142, de 28/12/90.

A Constituição de 1988 é a mais democrática e a que mais inclui, no sentido estrito de Foucault: a população brasileira é classificada, dividida, nomeada em diversos grupos, com direitos específicos e diferenciados. O trabalhador deixa de ser só trabalhador e passa a ser o trabalhador urbano, o rural, o doméstico, o desempregado involuntário. Cada um possui direitos particulares, independentemente de sua condição. Os cidadãos votam e têm direitos universais à saúde e à educação; esse cidadão é homem, mulher, índio, criança, adolescente, idoso, carente, inválido, a mãe, o pai (Pinto, 1999a).

A Constituição de 1988 assegura direitos; não institui sujeitos, apenas inclui sujeitos plenamente constituídos fora dela, ou seja, que haviam sido constituídos fora do discurso dominante, como uma reação a ele. A inclusão ocorre como reconhecimento, e não como tentativa de desconstruir para promover uma nova construção: “ao incluírem a mulher, por exemplo, não constituíram um sujeito mulher diferente daquele surgido no movimento feminista” (Pinto, 1999a, p. 54).

Não podemos esquecer que o conceito-problema é a saúde. Depois de situá-la no campo da política e encontrar a saúde da mulher, apontamos para a descontinuidade na biopolítica, na medida em que a saúde da mulher provoca uma cisão no tecido social, no campo política da saúde. Não se fala mais numa população homogênea, e sim em comunidades: mulher, criança, idoso.

A saúde da mulher serve para esquadrihar o campo da saúde e torná-lo um campo de especialidades. Não se trata mais de uma higiene social coletiva, mas de uma higiene especialista; é para os grupos que as políticas em saúde se voltam. A saúde da mulher cria, no campo da saúde, múltiplas formas de objetivação, ou seja, cria os grupos/identidades. Por exemplo, vêem-se ações direcionadas a determinados grupos – de grávidas, puérperas, índios –, como *Viva Mulher, Política de Atenção aos Povos Indígenas, Método Canguru, O que você deve saber! Pré-Natal; Leite Materno: Melhor Alimento para o seu Filho*.

As políticas de saúde no Brasil têm tido papel fundamental para a constituição e estabilização da ordem sociopolítica brasileira. Elas reforçam vários traços estruturais dessa ordem, tais como a concentração do poder e a restrita participação nos circuitos de decisão econômica, política e cultural do país. Porém, também é pela reivindicação que as políticas tomam novos rumos, como, por exemplo, a questão de um conceito de cidadania relacionado à saúde, o qual se estrutura mediante o movimento da sociedade

civil organizada no final da década de 1980, na esteira da Reforma Sanitária e do Campo da Saúde Coletiva. Assim, ao se *fazer saúde pública*, se está imbricado em diferentes campos de saber e atravessado por diversos discursos em um campo de significação.

É importante salientar que o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com essa concepção de Saúde Pública ao negar que os discursos biológicos detêm o monopólio do campo da saúde. Também Paim e Almeida Filho (2000) historicizam e discutem uma crise da Saúde Pública e a emergência, nos últimos 20 anos, de um campo que se designou como Saúde Coletiva. O discurso da saúde coletiva pretende ser uma leitura crítica desse projeto médico-naturalista, estabelecido historicamente com o advento da sociedade industrial. Coloca em evidência que a problemática da saúde não se restringe ao registro biológico, devendo incluir as dimensões simbólica, ética e política, sendo a transdisciplinaridade a marca constituinte desse campo (Birman, 2005).

Essa transdisciplinaridade produz novas inclusões e marcas identitárias, operando uma heterogeneização da saúde e dos sujeitos, que a discussão exclusão/inclusão remete, no caso do Brasil, à eugenia. Foi mediante esse movimento eugênico que determinados grupos foram excluídos ou incluídos da organização social.

Medicina social e eugenia no Brasil

Rose (2007) desacomoda essa temática quando aponta que, ao longo do século XX, não é clara a distinção entre medicina preventiva e eugenia, busca por saúde e extermínio de *anormais*, consentimento e compulsão. O autor vai demonstrar que as questões de saúde não são meramente o exercício de poder de Estado, mas estratégias

de governo da vida desenvolvidas por muitas outras autoridades, o biopoder como um *mix* complexo de políticas da vida e da morte.

As teses eugênicas remontam a 1869, quando o inglês Francis Galton, geógrafo e estatístico, parente e adepto de Charles Darwin, escreveu o livro *Heredity Genius*. Sua tese principal era a determinação hereditária, não só dos traços físicos, como também das capacidades mentais. Com base em estudos estatísticos e genealógicos, pretendia intervir na evolução humana, no sentido de aperfeiçoar a espécie pela seleção dos cruzamentos. Preocupado com a determinação das diferenças individuais, inaugurou a detecção dos anormais, utilizando como norma os padrões estatísticos de distribuição. A partir de 1880, a eugenia transforma-se em movimento social e científico com a fundação de muitas sociedades, em países como Alemanha, Inglaterra e Estados Unidos, e com a realização de vários congressos internacionais (Lobo, 2003).

O movimento eugênico no Brasil começa a ampliar suas atividades, principalmente após a fundação da Liga Brasileira de Higiene Mental, cujas propostas se tornam claramente eugenistas a partir de 1926. A hereditariedade continuava a desempenhar um importante papel na explicação das causas de inúmeras doenças, em particular, das doenças mentais e desvios do comportamento (alcooolismo, esquizofrenia, paralisia geral e idiotia, por exemplo).

Assim, as medidas eugênicas de prevenção concentravam-se quase exclusivamente no controle das uniões e procriações, a fim de evitar o peso social dos anormais. Tal controle não poderia mais ser deixado a cargo da seleção natural, pois, conforme Lobo (2003), para Renato Kehl, um dos líderes mais importantes do movimento eugênico no Brasil, o argumento da dominação do biologicamente mais forte e a extinção do mais fraco talvez não se aplicasse à sociedade moderna. Por exemplo, a questão da permissão da prevalência da tuberculose como uma forma de

fazer desaparecer famílias impróprias à reprodução acabaria, também, com a raça humana.

Uma sociedade organizada e produtiva pode ser levada a efeito através de medidas eugênicas, profiláticas, de tipo compulsório: o certificado pré-nupcial e a esterilização dos degenerados. A intervenção médica nos casamentos e na escolha dos parceiros propunha recomendações higiênicas quanto à idade dos cônjuges, à sexualidade, à proteção da prole e ao adultério; tinha a intenção de modernizar a família, extraí-la do atraso colonial e organizar a elite nacional. Tais questões, em um primeiro momento propostas para a elite, acabam por estender seu controle sobre todo o resto da população, com a finalidade de tutelar suficientemente a vida física, moral e econômica das nações, a diminuição da mortalidade humana, a prolongação da vida média da classe pobre e o melhoramento da espécie (Lobo, 2003).

No Brasil, não houve um tribunal eugênico, leis proibitivas dos casamentos, esterilizações compulsórias ou extermínio oficial, mas nem por isso ficamos a salvo da vigilância médica sobre os comportamentos e os estigmas, nem dos julgamentos sobre os destinos dos considerados anormais ou degenerados. A esterilização envolvia dificuldades do ponto de vista de sua aceitação social e do perigo de tornar-se uma prática neo-maltusiana que impediria indiscriminadamente tanto a prole má quanto a boa. Já na Alemanha, em 1939, a lei assinada por Hitler previa a esterilização de portadores de doenças hereditárias, entre outras “anomalias”, e instituía um Tribunal de Eugenia, processo este que culminará mais tarde no extermínio em massa de defeituosos físicos e mentais, estigmatizados pelos nazistas como peso morto para a sociedade saudável.

No Brasil, o sonho eugênico do poder médico, que saiu fortalecido das campanhas de vacinação obrigatória, pretendeu estender sua prepotência para o controle estrito das

populações. Através do julgamento das uniões e das procriações, saiu do âmbito estrito das instituições médicas para penetrar na vida da população urbana, utilizando-se de um discurso patriótico de salvação nacional.

A naturalização dos desvios pelos males da miscigenação ou consangüinidade ou moralização da natureza, através da correção dos desregramentos que produzem os castigos da sífilis, da tuberculose e do alcoolismo, foram assuntos da medicina desde o século XIX, e justificava a miséria e a doença pela herança biológica, e seus produtos degenerados pela transgressão moral dos ancestrais, num círculo vicioso que só poderia ser interrompido pelos preceitos da eugenia, a grande redentora da raça e promotora do progresso no Brasil! (Lobo, 2003, p. 211).

Surge outra linha de intervenção, que vai além das propostas de impedimento de casamentos e esterilizações para os portadores de taras hereditárias e enfatiza o fator ambiental. Coloca-se a ação educativa como mais eficiente e profilática que as outras medidas eugênicas. Para a autora, será com afã nacionalista e participando do entusiasmo pedagógico, que redundou na defesa da escolarização de toda a população, na multiplicação da rede de ensino e no movimento da Escola Nova, que nossos eugenistas irão iniciar campanhas preventivas e implantar serviços de proteção à infância (como ambulatório de psiquiatria, por exemplo). O objetivo era intervir na família e na criança – ensinando as mães como formar os primeiros hábitos de seus filhos; serviço de fiscalização sanitária nos lares e escolas – para descobrir defeitos, anomalias e doenças físicas, que deveriam ser curadas e corrigidas, e atingir o futuro trabalhador, a criança. A questão é também, e sobre tudo, o custo social, dinheiro que os indivíduos saudáveis e socialmente produtivos têm de dispor para sustentar os fracos, retardados e inúteis que enfeiam e comprometem o futuro da nacionalidade.

Para os eugenistas, frente à realidade inelutável da mestiçagem, não era só o mestiço e o negro que estavam em questão: o problema estava em ter uma prole sadia. No entanto, não resta dúvida de que a propaganda eugênica atingiu muito mais

indivíduos negros, mestiços e todos os pobres, que sempre foram responsáveis por sua própria miséria moral e material e que, a partir do século XIX, passaram a ser também responsáveis pela degeneração da espécie (Lobo, 2003).

O papel do Estado como responsável pelas políticas públicas consideradas como suportes sociais organiza-se efetivamente com a Constituição de 1988. A história da Saúde Pública no Brasil apresenta um distanciamento do Estado em relação às políticas públicas entendidas como suportes sociais. Em um primeiro momento, as políticas públicas em saúde eram voltadas para os controles endêmico e epidêmico, relacionados à questão agrária, tanto que a saúde se encontrava como um setor dentro do Ministério da Agricultura e do Ministério da Justiça e Negócios Interiores. Posteriormente, com o que é nomeado de Sanitarismo Desenvolvimentista, encontraremos a saúde locada em um Ministério da Saúde; entretanto, as políticas organizavam-se mediante a concepção de desenvolvimento econômico, ou seja, a saúde seria uma consequência do desenvolvimento econômico.

Esse percurso marca uma separação entre saúde pública e atenção médica, em que a primeira era de baixa qualidade e complexidade e a segunda, de cunho privado. As políticas sociais ficavam ao encargo, fundamentalmente, de ações filantrópicas relacionadas a uma lógica caritativa que tem como herança os primeiros hospitais, que acolhiam pobres e enfermos e eram administrados por organizações religiosas. Nesse sentido, as políticas públicas no Brasil constituíram-se a partir de uma lógica economicista e desenvolvimentista, e não de suportes sociais e direito. A racionalidade desenvolvimentista diz respeito tanto ao crescimento econômico/industrial quanto ao da nação, e nesse cruzamento a eugenia encontra um ponto de justificativa e intervenção. Em contrapartida, as questões sociais ficam sob a égide de bem-estar social (Bernardes, 2006).

A Teoria da Evolução, para Galton e seus seguidores, baseava-se em leis referentes às populações; o que degenerava ou poderia ser melhorado era a população como um todo, aqui designada como uma coletividade humana, territorializada como nação. A concepção de degeneração baseava-se na idéia de que os indivíduos herdavam uma constituição, qualidades do tipo força ou fraqueza, que embasavam a energia pela vida, ação de viver, que eram passíveis de ser identificadas, pois se manifestavam física ou mentalmente: vitalidade e inteligência. Caso aqueles com constituição mais fraca procriassem mais rápido que os fortes, a consequência para a qualidade da população como um todo, para a vitalidade da nação, seria óbvia – a degeneração da raça tornar-se-ia o argumento central da eugenia (Rose, 2007).

A partir dessa questão, a eugenia incitou políticas e forças para melhoria do corpo político, para aliviá-lo do peso econômico e social de doenças e degenerações no futuro, por agir sobre as decisões reprodutivas e capacidades individuais no presente. Assim, a *responsabilidade eugênica* recai sobre o Estado, que propõe ações que poderiam ser pensadas **negativamente** – proibir o excesso de procriação daqueles de baixa qualidade, ou a diluição da qualidade da população menos apta através da imigração – e **positivamente** – por encorajar aqueles que estão mais aptos para reproduzir para uma boa nação como um todo. “População, qualidade, território, nação, raça, são termos fundidos no discurso da eugenia e lhe dão uma especificidade e, ultimamente, um caráter culposo” (Rose, 2007, p. 56).

Em relação a esse ponto, Foucault (2002b) argumenta, em sua aula de 17 de março de 1976, que o Estado vai apresentar-se como um defensor da integridade e pureza da raça, pois tem que se resguardar contra raça ou raças que estão se infiltrando, introduzindo elementos prejudiciais em seu corpo. Esses elementos devem ser postos para fora, tanto por razões biológicas quanto políticas – biopolítica vai incidir sobre a

vida da população, e o extermínio de indivíduos defeituosos torna-se uma parte essencial do cuidado da vida, torna-se uma razão de Estado.

Temos, assim, duas grandes estratégias eugênicas que se atravessam nos Estados-Nação (Europa e EUA) no início do século XX: (1) a procura pela maximização da *aptidão da população*, pela adição de atenção individual aos hábitos dos sujeitos – desde os primeiros cuidados com higiene até com condições externas de saúde, através de cidades planejadas e sistema sanitário, ambas via Medicina Social; a saúde aqui forma um tipo de zona de transição entre interesses políticos para aptidão da nação e técnicas pessoais para o cuidado de si; e (2) como uma *racionalização política*, como elo para as tecnologias de governo. O programa eugênico, assim, usa a combinação de incentivo e compulsão para modular o desejo ou habilidade de indivíduos em certas categorias para procriar: aqueles com doenças hereditárias e defeitos físicos podem ser perigosos. Rose (2007) diz que a eugenia define uma dimensão de correntes centrais de pensamento sobre as responsabilidades de políticos, profissionais, cientistas e indivíduos no mundo moderno. Há congressos e conferências em diferentes países visando ao treinamento de profissionais para praticar uma *eugenia informada* (p. 59), mostrando um caráter não-marginal.

Essa racionalização política servia de base para estratégias sobre a reprodução, que variavam de conselho da escolha do cônjuge à segregação e esterilização daqueles que ameaçavam a qualidade da população (moradores de hospícios e aqueles profundamente incorrigíveis, imorais ou anti-sociais)⁷.

⁷ Em 1920/1930, tais leis de esterilização foram passadas em muitos estados dos EUA, Finlândia, México, Lituânia, Hungria, Turquia, Cuba, Yugoslávia, Alemanha e outros, enquanto um número de intelectuais brincava com idéia da “câmara letal” para aqueles de raças perdedoras que ameaçavam corroer a qualidade da população. Essa solução letal foi efetivada somente na Alemanha Nazista (Rose, 2007).

A forma de assassinato que a eugenia toma na Alemanha deriva da fusão de outras idéias de raça, debates sobre eutanásia (vidas que seriam “não-dignas de vida”) e interesses sobre higiene racial – discussões sobre bacteriologia, parasitologia e entomologia. O movimento inicial para salvaguardar a pátria nacional concentra-se naqueles que podem estar com doenças (piolho), trocando a estratégia: para erradicar a doença, transformam-se as pessoas na doença (judeus transformavam-se no parasita piolho). O anti-semitismo é uma forma de limpar o povo alemão; livrar-se de piolhos não é uma questão ideológica, mas uma questão de asseio (higiene) (Rose, 2007).

Na ligação entre eugenia e saúde, esta era entendida em termos de qualidade individual ou de raça, e qualidade entendida de maneira quase evolucionária como aptidão. Aptidão populacional era caso de governo nacional – proteção contra ameaça –, estratégias centradas no Estado, uma saúde da nação. As políticas públicas em saúde conformam-se como estratégias eugênicas justificadas pela saúde da Nação. O controle da população é necessário para o desenvolvimento de uma população melhor.

Feminismo e o PAISM

O PAISM, como já vimos, emerge da organização do feminismo, efeito do feminismo, forma de resistência ao eugenismo; é a exclusão da mulher do privado, como espaço familiar, e sua inclusão no público, ou seja, na política.

Foucault (1999) revela que a idéia de sexualidade, considerada como uma questão natural, é de fato construída e datada historicamente. Para tal, fez-se necessário o domínio da sexualização das crianças e do corpo feminino, o controle da procriação e a *psiquiatrização* do comportamento anômalo como perversão. Para o autor, a sexualidade encontra-se do lado da norma, do saber, da vida, do sentido, das disciplinas

e das regulamentações: “... a histerização das mulheres, que levou a uma medicalização minuciosa de seus corpos, de seu sexo, fez-se em nome da responsabilidade que elas teriam no que diz respeito à saúde de seus filhos, à solidez da instituição familiar e à salvação da sociedade” (p. 137). Nesse caso, é mediante o dispositivo da sexualidade que a mulher, tomada em um sentido universal (pois os a partir das questões de gênero é que ela passa a ser pensada em termos de multiplicidade – mulheres) se torna foco da política de Estado.

Como já afirmamos, a década de 1960 foi palco de muitos movimentos sociais de contestação, entre eles, há a emergência da chamada segunda onda do feminismo: *o pessoal é político*. Os estudos sobre a mulher começam a configurar-se. Surgem estudos preocupados não apenas em denunciar a opressão, mas em dar visibilidade para a mulher como agente social e histórico. Conforme Hall (1997), é através do feminismo que se questionou a distinção entre "dentro e fora", "público e o privado", e se abriram arenas novas de vida social. O movimento enfatizou como questão política e social a diferença entre mulheres e homens e a desigualdade política decorrente disso.

Quando as feministas declararam que o privado era político, o que nomearam foram as relações de poder que se davam no interior do privado e que constituíam a mulher. Além das mulheres, os negros, os índios, os velhos, as crianças, os *gays*, as lésbicas, os loucos, viviam relações de dominação não reconhecidas publicamente e, por conseguinte, não eram reconhecidas como relações de poder.

Esses “não-seres” não tinham voz, e a única identidade que possuíam era a de excluídos do poder de falar no discurso do dominante: foi este que primeiro os constituiu como identidades múltiplas, mas sem voz. Os movimentos sociais apropriaram-se dessas identidades das mais diversas formas e inverteram o sinal,

transformando-as não na prova da necessária exclusão, mas dando-lhes voz (Pinto, 1999b).

Essas novas identidades desorganizaram o campo político e também o campo das lutas que tradicionalmente foram chamadas de populares; múltiplas identidades correspondem à pulverização de lutas, o reconhecimento de múltiplos poderes. Também se deve prestar atenção à questão da essencialidade que essas lutas trazem. O surgimento de novas identidades que se colocaram como excedendo o sujeito universal rompe com seu essencialismo, mas não rompe com o princípio do essencialismo, pois essas novas identidades estão ancoradas nas características do corpo e, em função disso, na formação de comunidades.

Nos textos feministas contemporâneos, é comum a caracterização de uma fase inicial do feminismo, que se empenhava em identificar uma unidade em torno da categoria “mulher”, tornando-a universal. A história comum de opressão feminina e o conceito de patriarcado colaboravam nesse sentido. Em geral, a biologia feminina – incluindo-se aí a sexualidade e a maternidade – era base fundamental para se explicar a origem da opressão feminina, mantendo-a, então, num espaço privado (Mariano, 2005).

Como afirma Louro (1995), é no início da década de 1990 que o conceito gênero passa a ser utilizado mais amplamente por estudiosas brasileiras, tornando-se uma ferramenta teórica importante para os estudos das ciências sociais em geral. A autora refere como marco teórico o texto de Joan Scott, *Gênero: uma categoria útil de análise*.

Nesse texto, Scott (1995) situa-nos em relação à historicidade do termo “gênero” para salientar a construção social e normativa das diferenças entre mulheres e homens, indicando uma rejeição ao determinismo biológico no uso de termos como *sexo* ou *diferença sexual*. A autora aponta para diferentes abordagens na análise de gênero: as teorias feministas do Patriarcado, Marxistas e Psicanalíticas. Suas críticas em relação às

teorias são muito pertinentes, indicam a tendência a buscar uma causalidade geral e universal (sexualidade, determinismos econômicos, individualismo) para as relações entre o feminino e o masculino.

Os Estudos Feministas procuravam questionar estruturas de poder, o sistema capitalista e a visão de teorias universalizantes, questões que vinham ao encontro do movimento pós-estruturalista⁸. Conforme Louro (1995), o pós-estruturalismo traz sua ênfase nas práticas discursivas, no descentramento do sujeito, na rejeição às causas únicas, na visão de redes de poder, na multiplicidade e pluralidade e na recusa às grandes narrativas. Essa perspectiva pós-estruturalista ilumina o pensamento no sentido de considerar que o dispositivo de sexualidade produz o sujeito mulher, enquanto que o gênero vai produzir não mais o sujeito mulher, mas uma multiplicação de formas de ser a partir dessa. Essa figura forjada pelo dispositivo da sexualidade acaba sendo fragmentada em diversas outras figuras.

Como destaca Louro (1995), quando estamos trabalhando com gênero, no momento em que opomos homem/mulher, lidamos com categorias essencializadas. Parece que todas as mulheres são idênticas, sem que se reconheçam as diferenças marcadas pelo sexo, religião, raça/etnia, idade, classe; deve-se, assim, examinar as diferenças construídas no interior de cada um dos pólos. Desconstrução do sujeito é ao mesmo tempo crítica ao sujeito masculino universal e ao sujeito mulher.

As tentativas das feministas para construir um sujeito feminista universal, buscando uma base comum entre mulheres, receberam críticas das feministas negras e latino-americanas, feministas dos países do terceiro mundo e feministas lésbicas. Trata-

⁸ Conforme Hall (1997), com esse movimento da década de 60, ocorre um redimensionamento do conceito de linguagem, que passa a ter uma posição privilegiada na construção e circulação do significado. A linguagem não é apenas uma forma de relatar ou transmitir com neutralidade os significados que pretendemos expressar, ela também os constitui. Dessa forma, aquilo que estamos acostumados a considerar fatos naturais - a realidade - são também fenômenos discursivos, e seus significados surgem a partir de jogos de linguagem e dos sistemas de classificação nos quais estão inseridos.

se de uma crítica ao feminismo branco ou dominante, denunciando que a unidade entre as mulheres também é excludente, colocando em questão “o que é ser mulher”, discutindo, portanto, identidade.

A crítica ao sujeito universal não desconstrói apenas o sujeito masculino, mas também o sujeito mulher e, com ele, o sujeito do feminismo. Nisso repousa boa parte da produção teórica das feministas ultimamente. Não é só um problema político, é também um problema teórico (Mariano, 2005).

Em vista de ser um problema teórico, onde gênero, como categoria de análise, precisa de uma teoria que lhe dê suporte e determine a maneira de entender o sujeito, levantamos duas questões: como estamos trabalhando com gênero na pesquisa e como gênero aparece na política. A primeira, ou seja, o lugar de onde falamos, é de uma posição pós-estruturalista, dos Estudos Culturais e Feministas (Judith Butler, 2003; Jennifer Harding, 1997; Guacira Louro, 1998; 1999; Dagmar Meyer, 1998; Linda Nicholson, 2000). O sujeito do feminismo passa a ser compreendido como algo que é construído discursivamente, em contextos políticos específicos, a partir de articulações, alianças, coalizões. Portanto, é sempre contingente, cabendo, assim, o exercício de circunscrevê-lo – como vimos realizando – em relação às Políticas Públicas de Saúde, o que nos permitiu, em um primeiro momento, fazer a relação entre saúde e mulher como um campo de pesquisa. Já o segundo, que marcamos como gênero na política (PNAISM), que discutiremos a partir de um dispositivo, precisa ser descrito para investigarmos que sujeito produz.

Foucault (1995) diz que suas investigações têm um eixo central: compreender “como os seres humanos tornaram-se sujeitos” (p. 213) em cada tempo e em cada contexto. O autor aponta três modos de objetivação que transformam os seres humanos em sujeitos: a objetivação do sujeito do discurso; a objetivação do sujeito nas práticas

divisoras, que dividem os sujeitos no seu interior e em relação aos outros (o louco e o são, o doente e o sadio, os criminosos e os bons); e o modo pelo qual o ser humano se reconhece como sujeito (subjetivação). Entende-se por formas de subjetivação⁹ os modos de viver, os modos de o humano relacionar-se consigo mesmo não como algo de sua essência, mas como uma produção social.

Portanto, estamos falando de algo que está perenemente sendo forjado: as regras, as ações. Lida-se com algo em movimento que também produz determinados movimentos.

Quando a saúde encontra gênero

O que se chama de prática discursiva pode agora ser precisado. Não podemos confundi-la com a operação expressiva pela qual um indivíduo formula uma idéia, um desejo, uma imagem; nem com a atividade racional que pode ser acionada em um sistema de inferência; nem com a competência de um sujeito falante, quando constrói frases gramaticais; é um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram, em uma dada época e para uma determinada área social, econômica, geográfica ou lingüística, as condições de exercício da função enunciativa (Foucault, 2004a, p. 136).

Outra característica importante a ser considerada é o caráter histórico e cultural da produção de conhecimento sobre a saúde, conformando um campo de saber em que se estabelecem conceitos, teorias, objetos, tudo aquilo que é visto e falado em um determinado tempo e espaço sobre a saúde. Assim, torna-se necessário circunscrever em que território se produz determinado conceito de saúde, uma vez que a forma como se compreende saúde como maneira de ver o mundo e a si mesmo constitui um modo

⁹ Os conceitos de subjetividade e formas de subjetivação são correlatos, quer dizer, a subjetividade diz respeito aos momentos em que as formas de subjetivação se estabelecem provisoriamente, estabelecendo certa identidade (Foucault, 1984).

particular de comportamento, de expectativas e ações sobre si mesmo, sobre o corpo e sobre o mundo.

Passamos a pensar a saúde a partir de um campo-tema saúde para mulheres, objeto construído que *se conforma e se bifurca* (Deleuze, 1992) em PAISM, Saúde e Direitos Reprodutivos, PNAISM, Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos: Planejamento Familiar¹⁰, programas/políticas que vão produzindo sentidos de saúde. Com a *entrada* da mulher na saúde, modifica-se esse conceito, constituindo-se um movimento por saúde e direitos reprodutivos. Objetiva-se, a partir disso, descrever como, no *PAISM* e na *Carta de Itapicirica*, aparece o conceito de saúde no qual se sustentam essas práticas e os sujeitos que são tomados por elas, ou seja, como aquilo que pode e deve ser pensado. Do documento PAISM, traremos dois trechos para pensarmos essas questões (sujeito e práticas de saúde) e seus efeitos.

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período gravídico-puerperal e, mesmo assim, de forma deficiente. Ao lado de exemplos sobejamente conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos, como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças de transmissão sexual, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e acesso a métodos e técnicas de controle de fertilidade, têm sido relegados a plano secundário. Esse quadro assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar (BRASIL, 1984, p. 5).

Queremos apontar para o programa não como uma forma de controle, e sim de proposição, de inclusão – no sentido de descrever, instituir o sujeito mulher dessa saúde até então não nomeado, mas ainda entendido como uma categoria de base biologicista, apesar da inclusão no mundo do trabalho e do feminismo.

O PAISM irá trazer a proposição de pensar a mulher para além das questões de cunho reprodutivo, trazendo para primeiro plano assuntos como prevenção, gravidez

¹⁰ Na década de 1990, segundo Ávila e Corrêa (1999), a terminologia Saúde da Mulher foi sendo substituída por Saúde Reprodutiva, devido à inserção do movimento brasileiro no debate internacional, e está com o nome Rede Nacional por Saúde e Direitos Reprodutivos.

não-desejada, aborto, controle de fertilidade, questões emergentes do movimento feminista, bem como a idéia de mulher como força produtiva. Dessa forma, o programa materializa o movimento social: ele não apenas acontece em função do movimento social, mas também passa a descrever o objeto mulher como o próprio feminismo – além de propor o sujeito do feminismo.

Isso quer dizer que as práticas em saúde não são uma benesse social, mas uma formação histórica que precisa responder a uma urgência: é uma estratégia política que precisa dar conta das necessidades do sujeito do movimento feminista e do mundo do trabalho e que produz uma racionalidade naquele tempo-espço. Nesse caso, a saúde é um conjunto de práticas discursivas e não-discursivas que se constituem em certa formação histórica.

A saúde passa a ser entendida em termos biopolíticos no momento em que se configura a política de atenção: a PNAISM, pois o programa ainda se configura como objetivação dessa formação, ainda faz parte de um conjunto de forças, de uma formação histórica. Ele irá assumir a forma de um controle quando ocorrer a operacionalização desse biopoder; quando irá se dizer a forma que deverá ser, por exemplo, o planejamento familiar, pois ele recoloca a mulher novamente com a família, no entanto, de outra forma, em uma nova proposição familiar, que é o que nos torna passageiros do *lotação!*

Voltando ao texto do PAISM, temos a idéia de planejamento familiar como direito a partir de uma idéia de assistência integral.

A estratégia de assistência integral à saúde da mulher constitui importante instrumento do anseio comum das correntes envolvidas no debate do controvertido tema do planejamento familiar - o direito de todos os segmentos da sociedade à livre escolha dos padrões de reprodução que lhes convenham como indivíduos ou como casais. Para que esse direito possa ser efetivamente exercido, é necessário que os indivíduos tenham conhecimento das possibilidades de influir no ritmo da procriação e tenham acesso às informações e aos meios para que possam intervir, se assim desejarem, para separar o exercício da sexualidade da função reprodutiva e, em consequência,

exercer na plenitude o planejamento de sua prole, objetivo complexo, porém, de alcance possível com a implantação e firme execução da proposta de assistência integral à saúde da mulher e o apoio desejado de todos os segmentos da sociedade. Ao planejamento familiar deve ser atribuído, portanto, o lugar adequado no contexto das ações de saúde, não devendo ser encarado como solução dos problemas sociais e econômicos e nem ter ignorada a sua inegável interface com o setor saúde (Brasil, 1984, p. 15).

O programa deveria refletir o conceito de assistência integral à saúde da mulher preconizado pelo Ministério da Saúde: ações de saúde dirigidas para o atendimento global das necessidades prioritárias desse grupo populacional e de aplicação ampla no sistema básico de assistência à saúde. O conceito de integral é ligado a uma idéia de assistência em saúde, e não de atenção; porém, é a questão da integralidade, que coloca em articulação diferentes níveis de atendimento (Federal, Estadual e Municipal), que hoje vemos mais definida no SUS.

Conforme suas bases doutrinárias, particularizar a atenção à saúde da mulher significava apenas um passo no sentido de aumentar a capacidade resolutiva da rede básica de serviços; seria “trabalhar dentro de uma nova óptica – a da assistência integral – de modo a contribuir para o desenvolvimento institucional do setor e para a reordenação do sistema de prestação de serviços de saúde como um todo” (BRASIL, 1984, p. 14). O conceito de assistência integral proposto no documento envolvia a oferta de ações globalmente dirigidas ao atendimento de todas as necessidades em saúde do grupo em questão. Todo e qualquer contato que a mulher viesse a ter com os serviços de saúde deveria ser utilizado em benefício da promoção, proteção e recuperação de sua saúde.

Um dos aspectos destacados pelas feministas como um salto de qualidade foi a inclusão da contracepção nas políticas públicas de saúde, a partir do entendimento da mulher como sujeito ativo no cuidado de sua saúde, atendendo, assim, a questões referentes a direitos reprodutivos (Giffin, 2002). Dessa perspectiva, o PAISM buscava

romper com o enfoque central dos programas de saúde materno-infantil anteriores, que visavam a intervir sobre os corpos das mulheres-mães, assegurando que os corpos dos filhos fossem adequados às necessidades de reprodução social, com enfoque nos direitos reprodutivos das mulheres, enfoque de cunho eugenista de melhoria da raça.

Segundo o documento, a *estratégia de assistência integral à saúde da mulher* constituiu importante instrumento no sentido de ser um anseio comum das correntes envolvidas no debate do *controvertido tema do planejamento familiar*, o que passa a não ser controvertido é que planejamento familiar é uma questão de saúde pública, tanto para o movimento feminista, que pensa assegurar direitos para as mulheres, quanto para o Estado, que assegura dividir deveres com as mulheres.

Talvez essa questão tenha sido tão enfatizada no texto do documento em função de uma possível vinculação do PAISM à questão do controle populacional (e o perigo das questões eugênicas), sobretudo, em vista do momento em que o programa foi lançado, exatamente quando o governo brasileiro sofria pressões externas para adotar uma política demográfica explícita (Osis, 1998).

Toda discussão anterior sobre inclusão, em que se deve incluir para poder governar, começa a estabelecer-se também aqui. Passa-se a incluir a mulher na saúde, bem como suas questões (controle de natalidade passa a ser direito reprodutivo). Nesse momento, há a conformação do grupo a ser gerido. Já temos sujeitos com vozes, as quais, além de serem cooptadas pelos movimentos sociais, também passam a sê-lo pelo Estado.

O PAISM, como programa do Estado, vem na esteira do Movimento Sanitário, num contexto de um governo ditatorial. Paralelamente a isso, há o 1º Encontro de Saúde da Mulher, o movimento de mulheres trabalhadoras da área da saúde, de dezenove Estados do Brasil, reivindicando atenção em nível da saúde da mulher. Desse encontro,

é redigida a *Carta de Itapeverica*. O cunho central da carta remete ao conceito de saúde que se entende que deve ser operacionalizado pelo Estado.

O conceito de saúde proposto na *Carta*:

Atualmente o conceito que caracteriza as ações de saúde convencionais centra suas explicações e práticas no indivíduo e na doença, enfatizando uma interpretação biológica impessoal, sem história e sem o conceito social do problema.

(...)

Por isso exigimos um programa de saúde integral para a mulher envolvendo todos os seus ciclos biológicos: infância, adolescência, juventude, maturidade, menopausa e velhice; concretizados na sua especificidade sexual (menstruação, contracepção, gravidez, parto, aleitamento, infertilidade, doenças venéreas, prevenção do câncer ginecológico e de mama, saúde mental e algumas doenças clínicas mais comuns), tudo isso integrado com a prevenção e tratamento das doenças relativas a sua inserção concreta no sistema produtivo, seja como trabalhadora e/ou dona-de-casa (Labra, 1989, p. 299).

A integralidade¹¹, nessa passagem, faz-nos pensar na nomeação de todas as possibilidades de sujeitos da ação da saúde. Ao mesmo tempo, mantém-se o sujeito pensado a partir de *ciclos biológicos*, priorizando a inserção no mundo do trabalho (esfera pública).

Isso vai ao encontro da idéia foucaultiana de que o poder deve ser analisado como algo que circula e se exerce em rede, sendo que os indivíduos estão sempre em posição tanto de exercer quanto de sofrer sua ação. O poder não é algo que pertença a um grupo específico e é exercido sobre outro, pois os indivíduos não são alvos inertes do poder, mas são sempre centros de transmissão. Assim, onde há poder há resistência, e esta nunca se encontra em posição de exterioridade em relação ao poder. O caráter relacional das relações de poder é que elas não podem existir senão em função de uma multiplicidade de pontos de resistência que representam, nas relações de poder, o papel do adversário, de alvo, de apoio, de saliência que permite a apreensão (agarrar, apanhar) (Foucault, 2004c).

¹¹ A questão da integralidade/integral, já discutida no ensaio temático: *Integrando Práticas Psicológicas na Saúde Pública* (2006).

É comum serem pontos de resistência móveis e transitórios os que introduzem na sociedade clivagens que se deslocam, rompem unidades e suscitam reagrupamentos, percorrem os próprios indivíduos, recortando-os e remodelando-os, traçando neles, em seus corpos e almas, regiões irredutíveis. Da mesma forma que a rede das relações de poder acaba formando um tecido espesso que atravessa os aparelhos e instituições sem se localizar exatamente neles, também a pulverização dos pontos de resistência atravessa as estratificações sociais e as unidades individuais. É nesse campo das correlações de força que se deve tentar analisar os mecanismos de poder. Esses jogos de poder vêm a ser modificados por seu próprio exercício (reforço de certos temas, enfraquecimento de outros, efeitos de resistência, contra-investimentos), de tal modo que não há um tipo de sujeição estável dado uma vez por todas (Foucault, 2004c).

A carta situa o Brasil no Terceiro Mundo, problematiza o modelo econômico concentrador de renda, no qual planejamento familiar tem o cunho controlador que visa à erradicação da pobreza no país, ligando miséria, mulher, saúde e explosão demográfica.

Repudiamos, portanto, as experiências de caráter controlista já em curso, como a esterilização em massa de mulheres e homens e as campanhas de eugenia, bem como propostas como a do brigadeiro Waldir de Vasconcellos, chefe do Estado Maior das Forças Armadas, no sentido de reduzir o crescimento populacional no país a partir da criação do Conselho Nacional de População, que enquadraria o Planejamento Familiar como uma questão de segurança nacional (Labra, 1989, p. 299).

Queremos apontar, com esse trecho, a existência da possibilidade de um discurso eugênico que vai ligar mulher, pobreza e aumento de população, mesmo havendo esse discurso de direitos reprodutivos no PAISM. Logo, podemos pensar a saúde como um campo de disputas não-homogêneo, havendo uma luta de significações.

Também havia a idéia de planejamento familiar na atuação da BEMFAM (Sociedade Civil Bem-Estar Familiar no Brasil), a qual postulava a noção de que a

superação da pobreza se relacionava com a diminuição da natalidade. Algumas suspeitas surgiram em relação a uma possível vinculação do PAISM à questão do controle populacional, sobretudo, em vista do momento em que o programa foi lançado, quando o governo brasileiro era pressionado a adotar uma política demográfica explícita e justamente durante uma CPI (Comissão Parlamentar de Inquérito) para investigar o crescimento populacional (Osis, 1998).

Entretanto, a autora considera que um dos pontos cruciais do PAISM foi a inclusão da anticoncepção como uma das atividades da assistência integral à saúde da mulher, uma vez que isso se contrapunha às concepções disseminadas pelo BEMFAM, por exemplo. Adotava-se, dessa forma, outro enfoque nas ações direcionadas para as mulheres, procurando-se romper a centralidade do cuidado com o corpo da mulher em função de uma característica procriadora.

A disponibilidade de novos métodos anticoncepcionais contribui para o discurso sobre sexualidade e corpo feminino. O método mais difundido é a pílula, já utilizada nos países desenvolvidos em 1960 e introduzida no Brasil quatro ou cinco anos mais tarde, com o avanço do ceticismo e mesmo do ateísmo. Esses métodos são divulgados e anunciados como instrumentos eficazes e imprescindíveis para garantia da "liberação feminina". As novas tecnologias (pílula e DIU) envolvidas nesse discurso tinham como suporte de divulgação o sistema médico e as organizações voltadas para o controle de nascimentos (Xavier *et al*, 1989).

Na visão da autora, um novo discurso se constrói: os novos métodos permitem separar "sexualidade" e "reprodução". Exercer a livre sexualidade torna-se sinônimo de liberação; considera-se também como uma garantia de saúde. Há um sutil descolamento da formulação tradicional, "mulher sadia pare filhos saudáveis", para a da "mulher sadia e

liberada tem relações sexuais sem engravidar". Naturalmente, o que garante a nova forma de "saúde" são os métodos anticoncepcionais (Xavier *et al*, 1989, p. 44).

O que a autora questiona é que a nova anticoncepção não altera o *status* de cidadãs e trabalhadoras de segunda categoria das mulheres, apenas aumenta sua lista de responsabilidades, uma vez que é o seu corpo que vai ser medicalizado. Além disso, essa questão aponta para a idéia de um método contraceptivo absoluto, barato e adequado a todas as mulheres, independentemente da idade, da vida sexual, da cultura. Os métodos modernos estão cada vez mais sob controle do sistema médico, e, dessa forma, o discurso médico centraliza a contracepção como fator de saúde feminina.

Veremos, mais adiante, que permanecerá o discurso de direitos reprodutivos, mas o de controle de natalidade, como medida eugênica, não poderá mais pertencer à ordem do discurso, principalmente devido à instituição dos direitos humanos, que no Brasil veio no bojo dos novos movimentos sociais, quando emergiram os novos sujeitos políticos das lutas por melhores condições de vida, de trabalho, moradia, alimentação, educação, saúde.

Coimbra (2003) assinala que direitos humanos têm sido tomados como sinônimo de direitos inalienáveis da essência do homem, que têm servido para levar os segmentos pauperizados e marginais à ilusão da participação e de que as elites se preocupam com o bem-estar de todos. Assim, perpetuam-se certos tipos de direitos, dentro de determinados modelos e parâmetros que não podem ser ultrapassados, calcados no engano reducionista que faz um cidadão ser mais cidadão que outro.

A autora irá discutir, em seu texto sobre a gênese dos direitos humanos no Brasil, a possibilidade da produção de direitos locais, descontínuos, fragmentários, processuais, em constante movimento, múltiplos como as forças que se encontram no mundo, em detrimento de uma visão deste como objeto natural, universal, absoluto. Assim, as

diferentes práticas sociais, em diferentes momentos, vão produzindo diferentes saberes e reconhecimentos, vão produzindo, objetivando modos de subjetivação – *rostos ou fisionomias históricas* –, produzindo o que são os direitos humanos.

Aponta-se como marco a Declaração Universal dos Direitos do Homem (1948), que afirma que os direitos da pessoa humana devem ser estendidos a todos. Após a II Guerra, dois blocos disputavam a hegemonia. De um lado, o bloco capitalista (Estados Unidos, potências ocidentais) e, de outro, o socialista (União Soviética e países do Terceiro Mundo), forjando também uma dicotomia em relação aos direitos humanos. Do lado capitalista, enfatizou-se o que se chamou de *direitos civis e políticos*; do lado socialista, os *direitos econômicos, sociais, culturais, coletivos e dos povos* tiveram prioridade sobre os aspectos mais formais dos direitos individuais (Coimbra, 2003).

Em 1968, realizou-se em Teerã a 1ª Conferência Mundial dos Direitos Humanos das Nações Unidas. Vivia-se fortemente a disparidade entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos; começou-se a apontar para a “**integralidade**” dos direitos humanos: estes não poderiam continuar a ser vistos de modo dicotômico, posto serem fundamentais para o exercício da cidadania. Pode-se pensar em cidadania, então, unindo valores tanto do bloco capitalista quanto do socialista.

Em junho de 1993, em Viena, ocorreu a 2ª Conferência Mundial dos Direitos Humanos da ONU, na qual houve, além da reafirmação da **integralidade**, a **internacionalização** dos direitos humanos – eles não são apenas direitos civis e políticos, mas direitos econômicos, sociais e culturais; não são apenas os direitos individuais, mas também os direitos coletivos, que ultrapassam os Estados e são responsabilidade internacional. Com isso, houve conjuntamente o reconhecimento da

importância da sociedade organizada (ONGs)¹² e a recomendação de que os governos ali presentes formulassem planos nacionais para proteger e promover os direitos humanos. Essas duas questões são muito importantes, pois estão entre mulher e saúde e colocam as questões do movimento feminista num âmbito desterritorializado; ao mesmo tempo, visam à integração da saúde como uma questão política para além do Estado-Nação.

Nesse caso, Deleuze (2006) ajuda-nos a pensar que as minorias e as majorias não se distinguem pelo número. Para ele, uma minoria pode ser mais numerosa que a maioria, sendo que esta se define pelo modelo com que se deve estar conforme: “por exemplo, o europeu médio adulto macho habitante das cidades” (p. 214). Já uma minoria não tem modelo, é um devir, um processo. Pode-se dizer, ainda, que a maioria não é ninguém. Todo mundo, sob um ou outro aspecto, está tomado por um devir minoritário que o arrastaria por caminhos desconhecidos, caso consentisse em segui-lo. Quando uma minoria cria para si modelos, é porque quer tornar-se majoritária, e sem dúvida isso é inevitável para sua sobrevivência ou salvação (por exemplo, ter um Estado, ser reconhecido, impor seus direitos) – como a saúde da mulher. “Mas sua potência provém do que ela soube criar, e que passará mais ou menos para o modelo, sem dele depender. O povo é sempre uma minoria criadora, e que permanece tal, mesmo quando conquista uma maioria: as duas coisas podem coexistir porque não são vividas no mesmo plano” (p. 214).

¹² Atualmente, o BEMFAM constitui-se como organização não-governamental, sem fins lucrativos e de ação social, tendo registro de Utilidade Pública Federal. Desde 2001, possui Status Consultivo Especial no Conselho Econômico e Social das Nações Unidas.

SEGUINDO A LINHA: QUANDO GÊNERO SE ENCONTRA NA SAÚDE

O gênero encontra-se com a saúde no PAISM, porque é mediante esta articulação – gênero e saúde – que encontramos as condições de emergência para fazer ver e dizer sobre a saúde da mulher. Entretanto, na PNAISM, encontramos o gênero *na* saúde. A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher propõe que as questões de gênero devem ser determinantes da saúde na formulação das políticas públicas. Assim, gênero é proposto como determinante de saúde. Vejamos como é descrito na política.

O gênero, como elemento constitutivo das relações sociais entre homens e mulheres, é uma construção social e histórica. É construído e alimentado com base em símbolos, normas e instituições que definem modelos de masculinidade e feminilidade e padrões de comportamento aceitáveis ou não para homens e mulheres. O gênero delimita campos de atuação para cada sexo, dá suporte à elaboração de leis e suas formas de aplicação. Também está incluída no gênero a subjetividade de cada sujeito, sendo única sua forma de reagir ao que lhe é oferecido em sociedade. O gênero é uma construção social sobreposta a um corpo sexuado. É uma forma primeira de significação de poder (Scott, 1989) (Brasil, 2004, p. 12).

Algumas questões precisam ser apontadas em relação a essa passagem da política. A primeira é que Scott é citada como autora, porém deve sê-lo somente da primeira e da última frase, pois as demais são contraditórias à sua forma de propor gênero como categoria de análise. A segunda é que gênero está descrito como papel social e sexo, pressupondo a reafirmação de identidades, e não como proposta de problematização. A terceira questão é que a idéia de subjetividade aparece relacionada a um sujeito universal, essencializado e *uno*, reafirmando identidades biologicistas.

Pinto (1999b) aponta que as sociedades são sempre constantes construções de suas próprias referências: as lutas pelo poder são lutas por fixação de significados – tem poder quem nomeia. Os momentos de crise são momentos de fragmentação desse poder, em que muitos nomeiam e há grande quantidade de significados flutuantes, como que à

espera de serem articulados em cadeias de significantes. Uma questão importante relativa à fragmentação é a tendência, nas últimas décadas do século XX, à resistência de pensar o sujeito como harmônico e racionalmente construído. Deve-se ter cuidado nessa discussão, pois os indivíduos podem estar sujeitos a situações contraditórias de inclusão e exclusão, como já discutimos anteriormente.

A autora afirma ainda que, em se tratando de analisar conflitos sociais e lutas políticas, não se pode entender a ação e o significado que os agentes sociais dão às suas vidas, aos grupos que pertencem, a partir de um princípio de fragmentação. Os sujeitos são históricos e trazem em seus corpos a história de sua classe social, etnia, gênero, sendo estas condições de “estabilidade”, de concretude, de pretensão à totalidade do sujeito, uma vez que a fragmentação não está inscrita nesse sujeito, mas sim na pretensão interpelativa da multiplicidade dos discursos de inclusão e exclusão que circulam na sociedade contemporânea. “Mesmo que essa multiplicidade pareça indicar possibilidades de fragmentação, os discursos, cada um a seu modo, buscam exatamente o contrário, o aprisionamento do sujeito, a sua plena significação” (Pinto, 1999b, p. 39).

Não estamos analisando a construção social do feminino na saúde, mas da saúde em função da construção de um sujeito feminino, ou melhor, com o que se articula como um sujeito feminista a partir de sua descrição na política que irá nortear as ações da saúde. Pensemos, então, em como gênero vai se conformando como um dispositivo, dispositivo de generificação que responde a uma urgência (feminismo, direitos humanos), como conjunto heterogêneo (medicina preventiva – saúde pública e planejamento familiar – saúde coletiva) e como um jogo político (feminismo, economia, direito, educação, eugenia) que conforma o campo da saúde da mulher.

Nas proposições de Rose (2007), quando as feministas apontavam “nossos corpos, nossos eus”, elas consideravam uma forma muito diferente de política, em que o corpo

era um objeto natural que deveríamos resgatar de seu estado alienado e recuperar do domínio dos especialistas, pois poderíamos e deveríamos cada um conhecer e cuidar (de si). Para o autor, nossos corpos formam a base de muitos projetos, relacionados entre si, porém, de diferentes e outros modos que não poderiam ter sido previstos nas críticas a autoridades médicas nas décadas de 1960 e 1970.

O dispositivo é essa estratégia que permite ligar dois objetos: saúde e mulher. Serve em dois sentidos nesta tese: tanto para pensar certa mecânica do poder quanto para situar que o próprio pesquisador se encontra dentro de um dispositivo, ou seja, aquilo que é possível ver e falar, colocar em análise, faz parte dos jogos do dispositivo. Dessa forma, o dispositivo é considerado um tipo de rede heterogênea; um tipo de jogo e também a resposta a uma urgência histórica (Foucault, 2003).

Propomos dispositivo como uma forma de descrever quais direitos estão em jogo, a quem eles se dirigem e quem protegem; o que a formulação de tais direitos ameaça ou desequilibra; o que fazem circular; que contradições às normas põem em jogo. Tomar o gênero como um dispositivo é situar que saúde, mulher, cidadania, direitos humanos, compõem uma estratégia política que responde a uma urgência – movimento feminista, outros movimentos sociais, direitos humanos –, e não a uma forma de bem-estar social. Ou seja, são objetos que passam a ser correlacionados e modificam o próprio campo da saúde.

Deleuze (1990) define dispositivo onde o atual não é o que somos, mas aquilo em que nos vamos tornando, o que chegamos a ser, quer dizer, o outro. Faz-se necessário distinguir o que somos e aquilo que somos em devir: a parte da história e a parte do atual. A história é o arquivo, é a configuração do que somos e deixamos de ser, enquanto o atual é o esboço em que nos vamos tornando.

Dispositivos são máquinas de fazer ver e de fazer falar. Assim, ao se utilizar gênero (Louro, 2002), deixava-se de fazer uma história, uma psicologia ou uma literatura *das mulheres, sobre as mulheres* e passava-se a analisar a construção social e cultural do feminino e do masculino, atentando para as formas pelas quais os sujeitos se constituíam e eram constituídos em meio a relações de poder. O impacto dessa nova categoria analítica – gênero – motivou importantes discussões e mesmo algumas divisões internas no feminismo. As relações de gênero passaram a ser compreendidas e interpretadas de diferentes formas, ajustando-se a, ou interpelando, referenciais marxistas, psicanalíticos, lacanianos, pós-estruturalistas.

Diz Deleuze (1990): “pertencemos a certos dispositivos e neles agimos. A novidade de um dispositivo em relação aos anteriores é o que chamamos sua atualidade, nossa atualidade” (p. 159). A questão teórica do sujeito do feminismo, que discutimos no capítulo anterior, como um sujeito contingente, ou apenas compreendido como um lugar de fala em determinadas condições de produção, tem na figura do autor o exemplo clássico de Foucault (2004c): é o princípio de agrupamento do discurso, como unidade e origem de suas significações, como centro de sua coerência. Além disso, o autor explicita que seria absurdo negar a existência do indivíduo escrevendo ou inventando; “o indivíduo que se põe a escrever um texto no horizonte do qual flutua uma obra possível retoma para si a função de autor, tal como ele a recebe de sua época ou tal como, por sua vez, a modifica” (p. 28).

Ao falarmos de produção de conhecimento, de verdades, estamos indispensavelmente situando ações sociais. Para sustentar que a constituição de verdades é imanente a práticas sociais, é preciso compreender o discurso como prática. Nesse sentido, a produção de verdade, a constituição de um campo de saber como a saúde, não se refere a uma representação do mundo ou de um determinado fenômeno,

mas à construção do mundo e de sujeitos que vivem nesse mundo, pois uma determinada forma de pensar e conhecer modifica o próprio pensar e o conhecer, ou seja, trata-se de uma ação, de um exercício. A produção de verdades gera categorias reflexivas, princípios de classificação, taxionomias, regras normativas, tipos institucionalizados, não como um espelhamento da realidade, mas como uma construção de realidade: “não há realidade que seja independente da maneira pela qual nos referimos a ela” (Íñiguez, 2002, p. 119).

Assim, há uma forma distinta de pensar o sujeito em cada episteme, sendo que o poder circula em determinados campos de saber. Esse dispositivo (gênero), como sendo de natureza essencialmente estratégica, constituiu-se como uma intervenção racional e organizada das relações de força, para desenvolvê-las em determinada direção, bloqueá-las, estabilizá-las, utilizá-las – estratégias de relações de força sustentando tipos de saber e sendo sustentadas por elas. Assim, com a entrada da mulher na saúde, saúde passa a ser uma questão de gênero: gênero como categoria de análise, campo teórico de lutas e significações – saber/poder. Constrói-se, assim, uma rede de valores e prescrições que não apenas define as escolhas e as exclusões, mas igualmente, como indica Foucault (1999), “atua na fixação de normas para a elaboração de conceitos e teorias” (p. 11).

Desse modo, o movimento feminista, mediante o conceito de gênero, passa a articular-se e torna-se uma urgência a ser respondida a ponto de produzir uma outra modalidade de subjetivação: mulher/política/corpo, ou seja, a politização da mulher será sobre o corpo/organismo. Ao mesmo tempo, a circulação, a disseminação, o compartilhamento de certos enunciados que compõem certas práticas discursivas têm efeitos na produção da saúde, que passa a ser formulada como um direito.

Ser cidadão e sujeito de direito são formas de subjetividade, formas de viver e relacionar-se consigo mesmo forjadas em um determinado tempo-espaço e efeitos das relações entre saúde, mulher – cidadania e estado de direito. Por exemplo, o conceito de cidadania relacionado à saúde, conforme Luz (1991), foi visibilizado mediante o movimento da sociedade civil organizada no início da década de 1980, na esteira da Reforma Sanitária, a qual vai reivindicar, no Congresso, políticas sociais que assegurem plenos direitos aos cidadãos: “pela primeira vez na história do país a saúde é vista socialmente como direito universal e dever do Estado, isto é, como dimensão social da cidadania” (p. 84).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, representou o movimento de transformação do quadro da saúde no Brasil, tanto pelo caráter democrático quanto pela dinâmica processual. Essa conferência daria suporte para a elaboração da Constituição Federal de 1988, que incorporou a nova lógica referida pelos princípios da Reforma Sanitária. A Conferência conceitua a saúde como resultante das políticas sociais e econômicas, como direito de cidadania e dever do Estado e como parte da seguridade social (Mendes, 1999).

Com a Constituição Federal, institucionaliza-se o SUS, que veio a ser regulamentado pelas leis 8.080, de 1990, e 8.142, de 1990, como provedor das ações e serviços que dizem respeito à saúde definidos na Carta Magna. O SUS delinea-se como alternativa ética e política ao modelo de assistência à saúde, na medida em que se configura como um modelo de atenção integral à saúde da população. A esse respeito, cabe ainda sublinhar que, de acordo com Nardi (2005), o SUS é gestado a partir de uma lógica apoiada em um estado social, mas é sancionado em um momento em que o Estado brasileiro adere fortemente a uma política neoliberal.

O SUS revisa o conceito de saúde até então vigente, definindo saúde como bem comum. O Sistema Único de Saúde é pensado dentro de uma lógica do Estado moderno, de racionalização de recursos, mas também em uma lógica do Estado social. Assim, por exemplo, diferentemente de como era pensado no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), ou seja, que o direito à saúde seria derivado da relação com o trabalho assalariado, o SUS inverte essa relação. Ele traz o trabalho como direito – e, por isso, a saúde passa a ser para todos, e não só para o trabalhador (Nardi, 2005).

Isso implica não apenas nova política de saúde, mas novos modos de a saúde produzir subjetividades por meio de práticas que estabelecem valores, como o de cidadania e de sujeito de direitos, a partir de um dever do Estado. A subjetividade torna-se um eixo de problematizações no campo da Psicologia e, em especial, da Psicologia Social na rede pública, pois o SUS opera com o conceito de cidadania, dever e sujeito de direito, que se conforma juridicamente na Constituição de 1988 (Medeiros, Bernardes & Guareschi, 2005).

Podemos pensar que ser cidadão e sujeito de direito são formas de subjetividade, formas de viver e de se relacionar consigo. Mesmo que forjadas em determinado tempo-espaço, produzem efeitos nas relações entre saúde, cidadania e estado de direito. A saúde, então, passa a ser uma realidade que opera determinados processos existenciais ao mesmo tempo em que só é possível a partir de determinadas operações, de certos campos de conhecimento onde ocorrem transportes, traduções, interpretações, isto é, formas de objetivação que, ao darem sentido a determinados fenômenos, produzem modos de nos relacionarmos conosco. Então, quando propomos a criação de um campo específico de cuidado para mulheres, cabe retomar a proposta de cidadania que vem sendo construída do conceito de saúde para as práticas em relação a esse sujeito-mulher. Voltemos, novamente, para o texto da política:

Objetivos gerais do PNAISM
Ampliar, qualificar e humanizar a atenção integral à saúde da mulher no SUS (Brasil, 2004, p. 67).

Barros e Passos (2005) apontam que a luta pela integralidade e humanização das práticas de saúde já estava colocada na pauta do movimento feminista na década de 1960, ganhando expressão no debate em torno da saúde da mulher. Dos anos 1960 aos 1980, podemos, então, acompanhar o movimento instituinte pela mudança das práticas de saúde. Esse movimento chega aos anos 2000, encontrando ou chocando-se com o que, paradoxalmente, dele resulta: formas instituídas, marcas ou imagens vazias, *slogans* já sem a força do movimento instituinte. Assim, humanização e integralidade são conceitos que devem ser problematizados em práticas de atenção, as quais se apresentam segmentadas por áreas (saúde da mulher, saúde da criança, saúde do idoso) e por níveis de atenção (assistência hospitalar); identificadas com o exercício de certas profissões (assistente social, psicólogo) e a características de gênero (mulher); e orientadas por exigências de mercado que devem “focar o cliente” e “garantir qualidade total nos Serviços”.

Com essas questões, podemos caracterizar a chamada crise da Saúde Pública, a qual, nos últimos 20 anos, abre espaço para o campo da Saúde Coletiva, isto é, a emergência de uma crítica ao projeto médico-naturalista que se produziu a partir da sociedade industrial. A saúde passa a ser evidenciada na Saúde Coletiva não mais atrelada a um discurso biologicista como monopólio do campo da saúde, mas propondo uma transdisciplinaridade, incluindo dimensões éticas e políticas – integralidade e humanização da saúde.

Conforme Bernardes (2005), discussões em saúde coletiva tomam por base as formas de objetivação do sujeito segundo um conjunto de regras e relações de força

sustentadas pelas lutas entre o campo técnico-científico e a reforma sanitária. O campo técnico-científico caracteriza-se pelas aplicações científicas na vida cotidiana e está estreitamente vinculado ao capital privado. A reforma sanitária toma como base as necessidades sociais, tais como saúde, educação, moradia, alimentação. A integralidade passa a tecer, articular relações entre ciência e necessidades da vida da população.

Incluiríamos, nessa rede heterogênea que se conforma com saúde pública, saúde coletiva, saúde da mulher, *nosso* dispositivo de generificação como um fio que nos ajuda a tecê-la. Por exemplo, quando a chamada do editorial dos *Cadernos de Saúde Pública* (2003) enuncia *Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva*, sua justificativa é que

[c]om o surgimento dos estudos sobre a mulher e, posteriormente, dos estudos de gênero, passam a ser contempladas as relações sociais fundadas nas diferenças percebidas entre os sexos, contribuindo para ampliar a compreensão do processo saúde-doença-cuidado. [...] A luta pela saúde como direito de cidadania incorpora múltiplos atores sociais, que ampliam o debate sobre o tema com a defesa dos direitos reprodutivos e sexuais, o que é legitimado pelo estabelecimento de acordos internacionais resultantes dos grandes fóruns promovidos pela Organização das Nações Unidas nos anos 90 (Cadernos de Saúde Pública, 2003).

Como diz Foucault (2004c), na ordem do discurso, “sabe-se bem que não se tem o direito de dizer tudo, que não se pode falar de tudo em qualquer circunstância, que qualquer um, enfim, não pode falar qualquer coisa” (p. 9). Ou seja, determinadas regras sancionam e interditam a produção de certas práticas discursivas. É preciso admitir um jogo complexo e instável em que o discurso pode ser, ao mesmo tempo, instrumento e efeito de poder e também obstáculo, escora, ponto de resistência e ponto de partida de uma estratégia oposta.

O discurso feminista veicula e produz poder, reforça-o, mas também o mina, expõe, debilita e permite barrá-lo. Os discursos são elementos ou blocos táticos no campo das correlações de força: podem ser diferentes e contraditórios, dentro da mesma

estratégia; podem, ao contrário, circular, sem mudar de forma, entre estratégias opostas. São interrogados em dois níveis: no de sua produtividade tática (que efeitos recíprocos de poder e saber proporcionam) e no de sua integração estratégica (que conjuntura e correlação de forças tornam necessária sua utilização em tal ou qual episódio dos diversos confrontos produzidos). Pensemos, então, no planejamento familiar como direito reprodutivo, entrando no discurso de saúde.

Planejamento familiar e saúde

Objetivos específicos e estratégicos do PNAISM

Estimular a implantação e implementação da assistência em planejamento familiar para homens e mulheres, adultos e adolescentes, no âmbito da atenção integral à saúde:

- ampliar e qualificar a atenção ao planejamento familiar, incluindo a assistência à infertilidade;
- garantir a oferta de métodos anticoncepcionais para população em idade reprodutiva;
- ampliar o acesso das mulheres às informações sobre opções de métodos anticoncepcionais;
- estimular a participação e inclusão de homens e adolescentes nas ações de planejamento familiar (Brasil, 2004, p. 69)

A saúde e a mulher na saúde tomam diferentes configurações com o movimento político feminista, que faz a saúde ter um cunho de direito reprodutivo, mulher como conhecedora do corpo e saúde como algo a se conhecer, se ter. Gênero passa a figurar como constituinte de uma política de saúde para mulheres que, ao mesmo tempo em que demarca, identifica quem são essas mulheres; também ajuda a conferir identidade de cidadã e captura as mulheres nessa rede. Vai tecendo os deveres de um cuidado sem fim, sem diferenças e voltado para o social – saúde como bem-estar da população – planejamento familiar – direitos reprodutivos – nada escapa ao controle – ética de bem-estar social.

O Ministério da Saúde também lançou a *Política Nacional de Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos*, que tinha como base o documento *Direitos Sexuais e Direitos*

Reprodutivos: uma prioridade de governo. A política prevê ações voltadas ao planejamento familiar para o período de 2005 a 2007. É uma demonstração da preocupação do governo federal em garantir os direitos de homens e mulheres, adultos e adolescentes, em relação à saúde sexual e reprodutiva, que vem ao encontro da PNAISM.

O dispositivo articula esses objetos, indivíduos e política da saúde da mulher vão configurando-se em um campo de direitos sexuais e reprodutivos, ou seja, como de uma figura/forma¹³ mulher – no movimento feminista –, passa-se a produzir uma mulher/direito (o direito de acesso à saúde, no caso da mulher, torna-se um direito sexual e reprodutivo).

O que rompe, surge e/ou muda em termos de sujeito? E a vida? Direitos? Essas são questões em que a vida surge em termos de direito-cidadão: é em nome da autonomia dos grupos que fazemos reivindicações, a mesma autonomia que se encontra na base das próprias tecnologias governamentais. A resistência ao biopoder apóia-se precisamente naquilo em que ele investe, na vida mesma (Foucault, 1999).

A mulher descrita no PAISM, como ato político, passa a ser descrita na PNAISM como sujeito múltiplo e de direito. Essas são considerações que temos que fazer como efeito do dispositivo. Saímos do programa e apontamos a política como biopoder; ações que viemos demarcando: esse é o jogo político, ao mesmo tempo em que vai desinstituindo, vai instituindo. Essa forma direito esquadrinha a categoria mulher – vem no movimento de urgência – não mais como demarcação do campo, e sim controle do campo, no sentido de Foucault – uma ação sobre a ação dos outros, a liberdade de escolha, questão de consciência, mas dentro dos eixos da política, para todos os sujeitos.

¹³ As tecnologias são formas de governo de si e do outro. As tecnologias da vida são operações sobre os modos de viver, sobre as possibilidades de vida, são formas de biopolíticas. Essa compreensão sustenta-se na noção de que o sujeito não é substância, e sim forma, forma essa que não é para todo sempre idêntica a si mesmo, visto que, ao tornar-se sujeito de uma determinada verdade, o indivíduo opera sobre si mesmo uma série de transformações no modo de viver (Foucault, 1990).

A Política de Direitos Sexuais e Reprodutivos tem três eixos principais de ação, voltados ao planejamento familiar: a ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis (não-cirúrgicos); a ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária; e a introdução de reprodução humana assistida no SUS. O Ministério da Saúde também está investindo em ações educativas, com a distribuição de manuais técnicos e cartilhas para os gestores de políticas públicas, profissionais de saúde e para a população em geral (normas técnicas: *Atenção Humanizada ao Abortamento e Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes*¹⁴).

O que precisamos salientar é que a Política Nacional de Direitos Sexuais e Reprodutivos foi elaborada pelo Ministério da Saúde em parceria com os Ministérios da Educação, da Justiça, do Desenvolvimento Agrário, do Desenvolvimento Social e Combate à Fome e com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, a Secretaria Especial de Direitos Humanos e a Secretaria de Políticas de Promoção da Igualdade Racial. Com todo esse aparato e diferentes campos de saber trabalhando juntos, devemos pensar em termos de biopoder; é necessário marcar que não se trata mais de curar corpos; deixa de ser só cura e passa a ser objeto de política de governo – vai além do Ministério da Saúde, cria-se uma questão de justiça/direitos humanos/fome/raça.

O documento da Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, *Avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas*, afirma “a transversalização de gênero para uma nova governabilidade, que representaria a incorporação da perspectiva de gênero como forma de aumentar a eficácia e efetividade das políticas de superação da pobreza e desigualdade” (BRASIL, 2005, p. 44).

¹⁴ Está juridicamente embasada no Código Penal Brasileiro.

É o dispositivo de generificação que torna isso possível, ou seja, torna-se possível relacionar saúde da mulher com justiça/educação/agrário... O biopoder é o tipo de jogo que conforma o dispositivo; quer dizer, com a biopolítica – poder sobre a vida –, a saúde da mulher torna-se um objeto no campo da saúde e, portanto, uma estratégia biopolítica, uma forma de governamentalidade.

A questão da governamentalidade em Foucault (2003) relaciona-se às ações distribuídas microscopicamente pelo tecido social, às técnicas de governo, fundamentais para a questão política, onde a governamentalização do Estado foi o que permitiu o Estado sobreviver. As táticas de governo permitem definir ao mesmo tempo o interior e o exterior, o que deve ou não competir ao Estado, o que é público ou privado. Portanto, “o Estado, em sua sobrevivência e em seus limites, deve ser compreendido através das táticas gerais da governamentalidade” (p. 292).

Gênero agrega questões à saúde, tais como diversidade sexual e racial, direitos, posicionamento político, engajamento social, que, de alguma forma, vão conformando uma idéia de cidadão da política de saúde, cidadão este que passa a ser compreendido como aquele com liberdade de escolher, sendo que uma das suas escolhas consiste no planejamento familiar. A saúde passa a ser enunciada não só como qualidade de vida, mas como liberdade de escolha! Gênero como um dispositivo entrelaça saúde, política, corpo, cuidado, diversos movimentos sociais. O que se fala da política de saúde, no caminho cruzado com direitos reprodutivos e sexuais, só é possível de ser lido com as teorias de gênero, senão, não tem como ler. Quando colocamos gênero na política, não devemos mais trabalhar com a categoria mulher, na medida em que essa categoria foi multiplicada; nesse caso, não é mais a mulher, mas as mulheres, pois essa categoria mulher ancora mulher a uma forma biologicista de tomar o corpo, entendendo-a como universal e única: a mulher.

Então, outras categorias entram no planejamento familiar, isto é, este passa a ser uma questão do homem, do adolescente e da mulher, de todos. Trata-se, assim, de uma questão de biopoder: inclui-se para controlar. Isso só é possível pelo gênero. Não seria possível responsabilizar a mulher, pois não se sairia da idéia do controle de natalidade via corpo feminino, o que estava ancorado na idéia de pobreza, como vimos anteriormente. Entretanto, a noção de planejamento familiar está ancorada, agora, numa idéia de consciência e liberdade (saúde). Assim como Foucault (1999) aponta na questão de imanência, se a sexualidade se constitui como um domínio a conhecer, foi a partir de relações de poder que a instituíram como objeto possível; em troca, se o poder pode tomá-la como alvo, foi porque se tornou possível investir sobre ela através de técnicas de saber e de procedimentos discursivos. Desse modo, focos locais de poder-saber veiculam formas de sujeição e esquemas de conhecimento, relações entre saúde e família, cidadania e práticas de liberdade. Quer dizer, as práticas de liberdade são absorvidas e dispersadas no dispositivo mediante planejamento familiar. O planejamento familiar é tanto prática de liberdade quanto controle da liberdade: liberdade assistida.

Gênero e bio-identidades

Os micropoderes detectados por Foucault (1999; 2003) tecem o dispositivo da sexualidade, investindo, modelando e construindo corpos sexuados cujas práticas multifacetadas representam a expansão da atividade sexual em formas diversas, mas ao mesmo tempo controladas. A liberação da sexualidade não representa apenas proliferação, pois suas novas necessidades criam urgências e padrões. O dispositivo de

generificação prolifera a atividade sexual não apenas em relação ao sujeito mulher, mas ao sujeito mulher negra, lésbica, índia...

A proliferação de novas identidades (mulheres, negras, lésbicas, índias, homossexuais) de direito da saúde, sua fixação em reivindicações identitárias, reproduz as representações hegemônicas, na medida em que se afirmam bio-identidades. Uma multiplicidade gira em torno do eixo unificador do corpo *generificado*, mas mantém os sujeitos em determinadas comunidades – comunidades relativas aos modos de vida.

Segundo Ortega (2002), os grupos e bio-identidades sociais construídos na biossociabilidade¹⁵, por meio de práticas de bio-ascese, distinguem-se precisamente por deficiências a serem compensadas (deficiência da mulher frente ao homem, do negro frente ao branco, do *gay* frente ao heterossexual, dos velhos frente aos jovens, por exemplo). O autor problematiza que os critérios de agrupamento biossociais e biomédicos têm proporcionado a troca do conceito de doença pelo de deficiência – referindo-se a déficits a serem compensados socialmente, e não a doenças a serem tratadas. A política dissolve-se em políticas particulares que aspiram a compensar as deficiências de um grupo biopolítico determinado, sendo uma das conseqüências o esquecimento de idéias sociais mais abrangentes. A integralidade tem como um dos sentidos a elaboração de políticas específicas para necessidades específicas (Mattos, 2001). O integral é especificidade de cada sujeito, de cada comunidade, de cada marca identitária. O integral é o singular da biodiversidade das formas de viver.

Para Ortega (2002), as modernas ascèses corporais, as bio-ascèses, reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados culturais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades

¹⁵ De uma maneira ampla, a noção de biossociabilidade visa a descrever e analisar as novas formas de sociabilidade surgidas na interação do capital com as biotecnologias e a medicina. É uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesse privados, segundo critérios de saúde, doenças específicas, longevidade, performances corporais – ações sobre as ações individuais (Ortega, 2002).

pessoais, das bio-identidades. Assim, as práticas ascéticas implicam processos de subjetivação, da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna (autoperitagem). Por exemplo, o auto-exame de mamas para mulheres. “O eu que se pericia tem no corpo e no ato de se periciar a fonte básica de sua identidade” (p. 155).

Para Rose (2007), a administração, manutenção, modificação e manipulação conscientes e calculadas de nossa existência somática no decorrer de nossas vidas e através de todas as vicissitudes tornaram-se tema de *muito barulho e fala incessante*. O aspecto organizador de um complexo de conhecimento, poder e valor é a base potencial hesitante de uma nova ontologia. Nesse sentido, nossos corpos tornaram-se nós mesmos, tornaram-se centrais a nossas expectativas, esperanças, nossas identidades individuais e coletivas e nossas responsabilidades biológicas nesta forma de vida emergente. A política torna-se uma estratégia para as formas de vida emergentes, e o que emerge na política são as formas produzidas pelo dispositivo de generificação: não é mais possível falar à mulher – essa figura fragmenta-se: é mulher negra, índia, rural, urbana.

Ortega (2002), ao discutir a biossociabilidade, aponta que saúde se tornou também um valor absoluto ou padrão para julgar condutas e fenômenos sociais, não mais só uma preocupação. Assume a qualidade de um fim em si: a vida reduzida a um problema de saúde da mesma maneira como a saúde se expande para incluir tudo o que é bom na vida. Não é mais a mulher, mas a forma de desdobramento do viver que encontra na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher um mecanismo de investimento biopolítico; um mecanismo de controle das diversas formas que emergem com a generificação da saúde – ninguém é excluído.

Pinto (1999b) discute dois processos antagônicos de esgotamento do sujeito político no final do século XX: o esgotamento pelo excesso e pela falta. Pelo excesso,

corresponde à capacidade dos Estados nacionais, mantenedores da ordem necessária para o desenvolvimento da nova versão do capitalismo globalizado neoliberal, de continuarem incorporando o sujeito político como sujeito de direitos civis e sociais. O segundo dá-se no sentido inverso, por falta: o sujeito não consegue incorporar as novas identidades surgidas a partir dos movimentos sociais da década de 1960.

No mundo da teoria liberal e dos Estados Liberais, que se firmaram no final do século XIX e dominaram o século XX, o sujeito político era do sexo masculino, branco, proprietário e católico, de acordo com o país. “Esse foi um momento de estabilidade, todos os outros não haviam constituído identidades, eram simplesmente o não-ser. Esta é a concretização do homem no mundo do político, do homem cujo fim nos falava Foucault” (Pinto, 1999b, p. 105).

Ajuda-nos a pensar a questão do sujeito político, a inclusão do sujeito mulher na esfera pública quando se retoma a questão que Foucault desenvolve em *As palavras e as coisas* sobre a morte do homem. A discussão que Foucault faz sobre a morte do homem diz respeito a essa emergência de uma figura na modernidade que se torna possível pelas Ciências Humanas. Entretanto, assim como ela é uma figura criada e está relacionada às questões do trabalho, da vida e da linguagem que a objetivam, ela também se desfaz, na medida em que se criam novas formas, novas figuras existenciais; por exemplo, o dispositivo de generificação na saúde. Essa figura homem se desfaz, e criam-se novas coordenadas a partir do discurso feminista.

Para caracterizar esse sujeito, faz-se necessário enfatizar que sua existência supõe rígida distinção entre o público e o privado: o sujeito político só existe como tal na esfera do público. Esse espaço é o que constrói a falsa igualdade e no qual as diferenças historicamente sedimentadas devem ser subsumidas em favor de um sujeito sem sexo, sem etnia, sem idade, de um sujeito com idéias universais capazes de contemplar a

todos, independentemente de suas diferenças, que ficavam na esfera do privado. A ruptura da divisão público/privado faz emergir a discussão: se o discurso político peca por excesso no neoliberalismo, peca por falta nos movimentos identitários; se a pressão para superá-los pelas forças neoliberais é privatizar o público, para as novas identidades, ainda faz sentido publicizar, politizar o privado.

A privatização da esfera pública trata de um sujeito saturado de significados que corresponde a um Estado como grande presença na regulamentação do trabalho e na garantia da manutenção dos direitos sociais. De portadores de direitos civis, os cidadãos da segunda metade do século XX tornam-se portadores de direitos sociais, dentre os quais, os mais importantes e concretos foram os adquiridos por meio da regulamentação das relações de trabalho e da garantia de gratuidade dos serviços públicos, como os de saúde e educação. O sujeito político da cidadania liberal está saturado para os propósitos do atual momento de desenvolvimento capitalista. O Estado e as forças produtivas não têm mais condições de conviver com ele: a presença pública do cidadão portador de direitos – adquiridos ao longo de lutas e negociações – ocupa espaços de significações, os quais são requisitados pelo Estado e pelos agentes econômicos. O cidadão de direito necessita ser desprovido de seu conteúdo: para deixar de ser cidadão e passar a ser contribuinte; para deixar de ser trabalhador e ser consumidor.

Essa questão da passagem do cidadão/contribuinte, trabalhador/consumidor pode ser pensada no direito à saúde em relação ao cuidado, encontrando-se uma derivada no que diz respeito à estética – saúde para além da cura, de doença. Trata-se de cuidado com o corpo como um prolongamento da vida, para mais além da cura, mais que ausência de doença. Nesse sentido, em alguns momentos, o não-cuidado estético vai ser considerado como um problema de saúde. Por exemplo, a divulgação de mulheres grávidas na mídia e o retorno do seu corpo (melhor do que antes) logo após a gravidez –

tomem-se aqui, para ilustrar, os casos da atriz Fernanda Lima e da apresentadora Angélica.

O discurso neoliberal dominante do final do século XX busca reduzir a esfera pública, transformando temas até então presentes na agenda dos partidos e dos governos em questões de fórum privado do cidadão. Temas que até pouco tempo faziam parte das preocupações dos formuladores de políticas públicas passaram a ser responsabilidade da disponibilidade interior do indivíduo em solucionar problemas (Pinto, 1999b).



O lotação circula e, com ele, uma forma de se pensar, falar e enunciar saúde pública; um tema da área de planejamento familiar e de escolha individual. O lotação, como intercessor deleuziano, através da sua carona nos permite pensar sobre nosso pensamento: que fios são esses que ligam número de filhos a cuidados em saúde?

É certo que entramos em sociedades de “controle”, que já não são exatamente disciplinares. Foucault é com frequência considerado como o pensador das

sociedades de disciplina, e de sua técnica principal, o *confinamento* (não só o hospital e a prisão, mas a escola, a fábrica, a caserna). Porém, de fato, ele é um dos primeiros a dizer que as sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando para trás, o que já não somos. Estamos entrando nas sociedades de controle, que funcionam não mais por confinamento, mas por controle contínuo e comunicação instantânea... (Deleuze, 2006, p. 215).

A questão da mulher não é mais uma questão de confinamento, visto que toda essa rede que vimos articulando entre constituições, programas, feminismo, eugenia, etc. faz com que ela migre da esfera do privado para a dimensão pública. Agora é exatamente o *controle contínuo* – e ninguém é excluído.

A partir da problematização da *inclusão* da mulher na saúde pública como um campo de cuidado, vemos o movimento sendo cooptado, na medida em que vai configurando direitos, pois vai armando também um campo de conhecimento que dá poder de gerir. O que antes estava fora, na minoria, no sentido de menor, passa a ser para a maioria, no sentido de controle. Fica tudo lá: quem são as mulheres, do que precisam, como precisam e como as capturamos e governamos seus corpos considerando *o que elas querem*, atendendo às suas próprias solicitações no sentido do conhecimento e controle sobre os seus corpos, a partir do que a política diz ser – ação sobre a ação –, como política identitária (bio-identidades), definindo o que é o quê, quantos filhos ter...

A sutileza dos mecanismos de controle está em investir no cuidado da vida dessas bio-identidades, que acontecem, por exemplo, via programas de pré-natal, área de cuidado mãe/bebê, *mãe-canguru* – o *lotação*. Esses mecanismos de controle situam-se no indivíduo. Enquanto que, na sociedade disciplinar, o controle é evidente – o controle está na figura do outro –, na sociedade de controle, o controle está em si, e as bio-identidades são sua forma de individualização. Parece, então, que o *lotação* nos faz pertencer, nos coloca em fluxo em uma rede... Comunicação instantânea!

A VIDA NA LINHA

O homem da disciplina era um produtor descontínuo de energia, mas o homem do controle é antes ondulatório, funcionando em órbita, num feixe contínuo. Por toda parte o *surf* já substituiu os antigos *esportes* (Deleuze, 2006, p. 223).

Passemos a pensar, então, na vida e na saúde de todos. Vimos discutindo até aqui como a saúde configura-se no campo de políticas públicas de saúde para as mulheres, seu encontro com gênero e como tomamos a PNAISM a partir de jogos de verdade. Agora, precisamos descer do lotação e pensar nas paisagens que vimos: modos de subjetivação, eugenia e biopolítica. A partir disso, ao retomar a saúde como conceito-problema que proporcionou colocar o campo da saúde da mulher em análise, no qual as teorias feministas serviram como estratégia política na saúde, conformando o que nomeamos dispositivo de generificação, encontramos, então, com a discussão sobre sociedade de controle, cuidado de si e biopotência. Isso faz com que se recoloca a questão de pesquisa: saúde da mulher e os modos de objetivar a mulher para a saúde como uma forma de multiplicação de objetos, ou seja, se sai da mulher e se vai para a vida.

Essas distintas formas de objetivação pelo campo da saúde remetem para a articulação entre tecnologias de si e do outro com a produção de sujeitos. Foucault (1990) propõe que a produção de um sujeito se organiza a partir de uma série de tecnologias distintas entre si, que incidem não apenas sobre a vida, mas sobre o modo de vivê-la, embora situadas em um plano de imanência. Nesse caso, a saúde da mulher engendra um conjunto de tecnologias que são elas mesmas operadoras de distintos objetos: das bio-identidades, conformam-se modos de viver, migrando-se das bio-

identidades para a vida. O questionamento sobre as tecnologias sustenta-se em uma ontologia do presente, tratar o presente em sua emergência complexa.

O autor aponta a existência de quatro tipos de tecnologias responsáveis pela produção dos regimes de verdade: (1) as tecnologias de produção, que permitem produzir, transformar ou manipular coisas; (2) as tecnologias de sistemas de signos, que permitem pensar o indivíduo como sujeito da linguagem; (3) as tecnologias de poder, que submetem os indivíduos a certos tipos de fins ou de dominação (aqui estão colocados, para ele, os processos de objetivação do sujeito); e ainda (4) as tecnologias de si, que permitem ao indivíduo tornar-se objeto de si mesmo, operar sobre si certo número de operações.

As tecnologias da vida são operações sobre os modos de viver. São formas de biopolíticas, visto que, ao tornar-se sujeito de uma determinada verdade, o indivíduo opera sobre si mesmo uma série de transformações no modo de viver. É justamente nesse exercício que acaba por ocorrer uma modificação, uma ruptura no campo da saúde da mulher: da objetivação da mulher na saúde, conforma-se a vida como objeto da saúde. Apesar da intensa articulação entre as diferentes tecnologias na produção de mundo, será o contato entre as tecnologias de poder e as referidas a si que se situará a biopolítica, constituindo-se esta como uma nova modalidade de articulação do poder na atualidade.

Quem passa a circular agora é a saúde na forma/lotação, e Deleuze (2006) vai propor que, no lugar dos meios de confinamentos disciplinares, que já se encontram em crise, passemos a pensar o que já está em via de ser implantado, os modos de controle, por exemplo: “[...] No *regime dos hospitais*: a nova medicina ‘sem médico nem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas que substitui o corpo individual

ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (p. 225). Saúde como um risco, algo que deve ser previsível, disciplinável, tornando o futuro presente. O controle, então, deixa de investir exclusivamente no corpo bio-identidade e passa a focalizar a vida naquilo que se objetiva como risco: o PAISM organizava-se como uma estratégia disciplinar, confinava a saúde e a mulher em um programa; a PNAISM, ao multiplicar a forma mulher, acaba por encontrar-se não mais com figuras bio-identitárias, mas com a vida e o risco.

Transição: sociedade disciplinar e sociedade de controle

Deleuze (2006) afirma que entramos em sociedades de controle, que já não são exatamente disciplinares. Para o autor, Foucault é considerado como pensador da sociedade de disciplina, tendo o confinamento como técnica principal, porém é um dos primeiros a dizer que as sociedades disciplinares são aquilo que estamos deixando para trás, que já não somos. O que está sendo implantado são novos tipos de sanções, de educação, de tratamento em função da crise das instituições (escola, prisão, hospital...).

Estamos cada vez menos em um meio fechado. Não são mais programas, e sim políticas de educação permanente. Entramos em uma formação contínua, de um controle contínuo se exercendo sobre operário/aluno, executivo/universitário e, acrescentaríamos, paciente/cidadão(ã). “Num regime de controle nunca se termina nada. [...] Face às formas próximas de um controle incessante em meio aberto é possível que os confinamentos mais duros nos pareçam pertencer a um passado delicioso e benevolente” (Deleuze, 2006, p. 216).

Entramos no que Hardt e Negri (2006) chamam de capitalismo conexcionista, ou seja, um capitalismo em rede. O mundo conexcionista é inteiramente rizomático, não-

finalista, não-identitário; favorece os hibridismos, a migração, as múltiplas interfaces, metamorfoses, etc. Seu objetivo permanece o mesmo – o capitalismo visa ao lucro, mas o modo pelo qual agora tende a realizá-lo é prioritariamente através da rede. E a saúde servirá como estratégia dessa rede, desse conexismo, portanto, não mais programas/confinamentos/identidades, e sim políticas/controle/formas de viver.

Os movimentos mais interessantes que saíram dos anos 1960 recusaram precisamente a forma hierárquica e burocrática do partido ou do sindicato e do Estado. Os movimentos tinham um funcionamento mais flexível, ondulante, aberto, com contornos menos definidos, conexões mais múltiplas. Em suma, eram mais rizomáticos. O capitalismo apropriou-se desse espírito, dessa lógica, desse funcionamento. Como vimos, a política de saúde passa a apropriar-se das questões do feminismo. E, como veremos, as próprias questões do capitalismo apropriaram-se da saúde, propondo também um sujeito da saúde neoliberal. Não é mais a forma sujeito-mulher, mas sim a forma sujeito-neoliberal. Essa figura existencial neoliberal escapa às bio-identidades ao tornar-se aberta, ondulante, e o que conforma seus contornos é o risco.

Utilizando as questões que Negri faz a Deleuze (2006, p. 217) em entrevista, perguntamos também, mas em relação à saúde: que conexões podemos fazer com a idéia de sujeito entendida como um limite de um movimento entre um dentro e um fora? Que conseqüências políticas tem essa concepção do sujeito (para pensarmos saúde)? Se o sujeito não pode ser uma questão resolvida na exterioridade da cidadania (políticas públicas), pode ele instaurar essa cidadania na potência e na vida? Como pensar uma comunidade sem fundamento, mas potente, sem totalidade, mas absoluta?

Passamos, então, aos processos de subjetivação quando se consideram as diversas maneiras pelas quais os indivíduos ou as coletividades se constituem como sujeitos: tais processos só valem na medida em que, quando acontecem, escapam tanto aos saberes

constituídos quanto aos poderes dominantes, mesmo se na seqüência eles engendram novos poderes ou tornam a integrar novos saberes, como na construção do movimento feminista-gênero e sua relação com saúde. Mas, como aponta Deleuze (2006), não há nenhum retorno aí ao sujeito, isto é, a uma instância dotada de deveres, de poder e de saber.

As subjetividades produzidas nas instituições modernas – a partir da industrialização – eram como as peças de uma máquina padronizada e produzida na fábrica: o detento, a mãe, o operário, o estudante, o paciente. Cada engrenagem desempenhava um papel específico, padronizado, produzido em massa e, portanto, substituível. Na sociedade disciplinar, cada indivíduo tinha várias identidades, definidas por diferentes lugares e diferentes épocas da vida: pai ou mãe em casa, operário na fábrica, estudante na escola, detento na prisão, paciente mental no asilo, mulher na maternidade.

Para Hardt e Negri (2006), a certa altura, entretanto, a fixidez dessas partes padronizadas, das identidades produzidas pelas instituições, acabou representando um obstáculo para a progressão rumo à mobilidade e à flexibilidade necessárias à lógica axiomática do capital. À medida que as *paredes* que definiam as instituições modernas progressivamente caem, as subjetividades tendem a ser produzidas simultaneamente por numerosas instituições em diferentes combinações e doses.

A transição para a sociedade de controle envolve uma produção de subjetividade que não está fixada em identidade, mas é híbrida e modulada; são justamente esses lugares que tendem a perder sua definição e suas delimitações. Uma subjetividade híbrida produzida na sociedade de controle pode não portar a identidade de um detento, de um paciente mental, de uma mãe de família ou de um operário de fábrica, mas, ainda assim, pode ser constituída simultaneamente por sua lógica. É operário fora da fábrica,

estudante fora da escola, detento fora da prisão, o paciente fora do hospital – tudo ao mesmo tempo. As subjetividades da sociedade de controle têm constituições mistas, não pertencem a nenhuma identidade e pertencem a todas fora das instituições, mas ainda mais intensamente governadas por sua lógica disciplinar (Hardt & Negri, 2006).

Essa urgência de descrever uma sociedade de controle, de comunicação instantânea, é que nos possibilita pensar outramente a questão que o loteamento nos faz ver: Ter ou não ter filhos? Quantos ter? Quando ter? A questão que está articulando a política põe outra coisa em jogo, não mais uma eugenia, que também nos permite ligar política de planejamento familiar, aborto e violência. Voltemos a Foucault (2003) quando aponta que as diferentes emergências que demarcamos não são figuras sucessivas de uma mesma significação; são efeitos de substituição, reposição e deslocamento. Se interpretar é apoderar-se por violência de um sistema de regras que não tem em si significação essencial e impor-lhe uma direção, dobrá-lo a uma nova vontade e submetê-lo a novas regras, então, o devir da humanidade é uma série de interpretações. “E a genealogia deve ser a sua história: das morais, dos ideais, dos conceitos metafísicos, história do conceito de liberdade ou da vida ascética, como emergências de interpretações diferentes. Trata-se de fazê-las aparecer como acontecimentos no teatro dos procedimentos” (p. 26).

Enquanto nos perguntamos sobre quantos filhos teremos, o governador do Rio de Janeiro, Sérgio Cabral Filho, defende¹⁶ o aborto como método de redução da violência no Estado. Em entrevista, o político declara que a falta de um controle de natalidade mais severo e a não-legalização do aborto são "uma fábrica de produzir marginal": “Você pega o número de filhos por mãe na Lagoa Rodrigo de Freitas e em Copacabana, é padrão sueco. Agora, na Rocinha, é padrão Zâmbia. Isso é uma fábrica de marginais”.

¹⁶ Coletiva no 35º Congresso Brasileiro de Agência de Viagens e Feira das Américas, em 24 de outubro de 2007 (www.g1.com).

Ligar pontos como mães, filhos, pobreza, aborto, violência, controle de natalidade faz com que saúde funcione como estratégia biopolítica, a partir de determinados marcadores não mais identitários, e sim de risco, de índices de desenvolvimento. Podemos nos perguntar como Foucault (2002b): “Com efeito, o que é racismo? É primeiro um meio de introduzir afinal nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: um corte entre o que deve viver e o que deve morrer” (p. 304). Estabelecer uma cesura que será do tipo biológico no interior de um domínio considerado como sendo biológico, permitindo ao poder tratar uma população, subdividir a espécie de que ele se incumbiu em subgrupos que serão raças. Ele terá duas funções: fragmentar, fazer cesuras no interior desse contínuo biológico a que se dirige o biopoder, e a outra terá como papel permitir uma relação positiva (do tipo guerreira) – “se você quer viver é preciso que o outro morra” (p. 305). Porém de nova forma e compatível com o exercício do biopoder, pois faz uma relação entre a vida de um e a morte do outro, uma relação do tipo biológica-risco-desenvolvimento humano. O biológico, agora, é transformado no risco e naquilo a que poderíamos ascender: padrão Zâmbia para padrão sueco. A cesura será engendrada pelos padrões de qualidade de vida, não mais o corpo-identidade, mas a vida-qualidade do viver. A mulher-mãe-pobre não é mais objetivada pela lógica eugênica, e sim pelo padrão “Zâmbia”, mediante um racismo de qualidade de vida. Desse modo, o aborto e o controle de natalidade/familiar direcionam-se para a qualidade de vida da espécie, e não da espécie em si mesma.

Quanto mais formas espécies inferiores em qualidade/padrão de vida desaparecerem (anormais), menos degenerados haverá em relação à espécie, fazendo com que mais o indivíduo, como espécie viva, prolifere, vigore. A morte do outro (anormal) é que vai deixar a vida em geral mais sadia e mais pura. Então, a questão está em eliminar não os adversários políticos em si, mas os perigos externos e internos em

relação à população e para a população (Foucault, 1999). Porém, não se trata mais da questão eugênica, pois outros discursos são colocados em circulação a partir do dispositivo de generificação, como os de direitos humanos e do próprio feminismo, colocando outras formas de cuidar da população, da saúde da população. Não se trata mais de uma questão racial, controle populacional, mas de escolha. Logo, algumas proposições não poderão fazer mais parte da ordem do discurso, tais como controle de natalidade, raças inferiores, anormais, controle de corpos femininos. Pois o que ocorre é uma migração da política de Estado, das tecnologias de governo do outro para a política do indivíduo, de tecnologias de si: trata-se agora de escolhas por qualidade de vida. O empreendimento de si mesmo é que recai sobre o desenvolvimento do Estado, e não o seu contrário.

Como aponta Foucault (2004c), “[...] mas não nos encontramos no verdadeiro senão obedecendo às regras de uma ‘polícia’ discursiva que devemos reativar a cada um de nossos discursos. A disciplina (ciência) é um princípio de controle da produção do discurso. Ela lhe fixa os limites pelo jogo de uma identidade fixa que tem a forma de uma reatualização permanente das regras” (p. 35). Mas, para nós, como encaminhar nossa problematização? Como recolocar a eugenia e a saúde?

Sabemos que a eugenia foi um campo de verdade do discurso biológico na primeira metade do século XX. Esse campo de verdade vem se transformando depois da II Guerra Mundial, através de muito trabalho político e intelectual, modificando a ligação entre a saúde genética dos indivíduos e preocupações sobre a qualidade da população. Segundo Rose (2007), a Genética reformulou o seu foco de pesquisa em termos de procurar as *raízes* das doenças. A norma de saúde individual substituiu a qualidade da população; os geneticistas não pensaram mais em categoria social. A questão passou a ser o gene e seus modos de funcionamento em nível molecular. Essa

molecularização é muito importante como estratégia para pensar a biologia contemporânea e sua conexão com as práticas e políticas de biomedicina.

É colocado em questão onde está a vida – seria nela mesma? Rose (2007) aponta para uma mudança epistemológica e ontológica para pensar essa questão. A partir do século XIX, a vida estava no corpo, era molar, podia ser pensada em termos de máquina (metáforas mecânicas) ou como taxionomia (vivo/orgânico – inanimado/inorgânico). Depois, então, a biologia propõe pensar a vida no corpo molecular, nas partículas, na genética. Terá influência da linguagem, uma vez que a vida poderá ser lida como código, através de mensagens, de informações: a partir do gene, posso ler o que é a vida. Esta agora é probabilística, em termos do que pode ou não acontecer, e não mais determinista.

Não se trata mais de uma qualidade da população, e sim do sujeito. Temos uma mudança no sentido que a vida passa a ser pensada a partir do *eu*, uma qualidade dele. O discurso genético faz a saúde sair do corpo e vai para o gene. Não é mais molar; agora é molecular. Nesse sentido, saúde passa a ser uma qualidade de vida do *eu*. Não se trata de gênero, trata-se de gene.

Na contemporaneidade, a política neoliberal, a biopolítica, não toma a vida no corpo da raça, nem como recurso que deve ser maximizado em uma luta competitiva entre Estados. A vida, a doença e os problemas de muitos podem ser ignorados e marginalizados na economia política contemporânea da vitalidade. Deixar morrer não é fazer morrer – não há vontade “soberana” ou planos de doença e morte de nossos companheiros cidadãos (Rose, 2007).

Poderíamos pensar que programas de medicina preventiva, promoção de saúde e educação em saúde ainda tomam como seus objetivos “a saúde da nação”. Mas começamos a perceber que a racionalidade do interesse político na saúde da população

já não é o mesmo quadro em termos das conseqüências biológicas, em um todo orgânico, pela luta entre nações, territórios. Começamos a perceber que o PAISM, pensado em termos de disciplina, confinava a mulher; já a política (PNAISM) vai dispersar o objeto, terá como efeito sua pulverização em índices de qualidade de vida, nos padrões do viver.

A crise das instituições, a queda dos muros que as delimitam e a horizontalidade dos circuitos de controle indicam o exercício imanente da disciplina, ou seja, a autodisciplina dos sujeitos, os murmúrios incessantes de lógica disciplinar dentro das próprias subjetividades – estendidos ainda mais genericamente na sociedade de controle. O que mudou é que, junto com o colapso das instituições, os dispositivos disciplinares tornaram-se menos limitados e vinculados espacialmente no campo social. A disciplina carcerária, a disciplina escolar, a disciplina da fábrica, e assim por diante, entrelaçam-se numa produção híbrida de subjetividade. De fato, na transição para a sociedade de controle, os elementos de transcendência da sociedade disciplinar declinam, enquanto os aspectos imanentes são acentuados e generalizados (Hardt & Negri, 2006).

De Nação a Império

Essa articulação entre saúde, mulher, sociedade de controle e vida, mediante o que nomeamos anteriormente de sujeito neoliberal, encaminha para pensar não mais em termos de Nação-território, e sim de Império-vida. Dos grupos constitutivos dos territórios nacionais, deslocamo-nos para as formas de vida produzidas pelo Império. No que tange à nossa temática, a saúde será, então, um dos mecanismos de controle não mais da população, mas do indivíduo.

Partindo das idéias de Hardt e Negri, Pelbart (2003) aponta que estamos no tempo do Império: “O Império é uma nova estrutura de comando, em tudo pós-moderna, descentralizada e desterritorializada, corresponde à fase atual do capitalismo globalizado” (p. 81). Essa transformação na forma de colocar o capitalismo/Império faz com que passemos a nos perguntar sobre a biopolítica e sua ação sobre a população, já que esta não está mais nos falando de territórios. Diferentemente do Imperialismo, o Império não tem fronteiras, limites, pois engloba a totalidade do espaço do mundo, apresenta-se como o fim dos tempos (ordem a-histórica), eterno, definitivo; penetra fundo na vida das populações, nos seus corpos, mentes, inteligência, desejo, afetividade – penetra na sua saúde e por meio da saúde. Uma ordem política que avança em todas as dimensões, recobrando a totalidade da existência humana, totalidade de espaço-tempo, da subjetividade.

O Império não só administra um território com sua população, mas também cria o próprio mundo que ele habita; não apenas regula as interações humanas, como procura reger diretamente a natureza humana. O objeto do seu governo é a vida social como um todo; assim, o Império apresenta-se como uma forma paradigmática de biopoder (Hardt & Negri, 2006).

Rose (2007) indica que as comparações entre países serão ainda significativas como função política contemporânea, servindo como um índice de como as nações têm instituído políticas bem-sucedidas, como, por exemplo, em saúde. Não se trata mais de marcar um potencial de vulnerabilidade em termos de rivalidade por território. O que passa a ser medido não é mais a aptidão da população como um todo, mas seus indicadores de saúde, que funcionam como pontuadores de saúde dos cidadãos e de suas famílias. O que está em jogo não é um Estado-Nação; a promoção de saúde não se situa mais na relação ideal entre Estado e indivíduos.

Podemos problematizar que a biopolítica não estaria operando em termos de população, qualidade, território e nação. A população tem sido esquadrinhada e passa a ser pensada por comunidades, marcadores identitários, bio-identidades. A qualidade já não é mais aptidão evolucionária, mas qualidade de vida, escolha, ou seja, os marcadores identitários, as bio-identidades tornam-se escolhas identitárias; é possível escolher quem queremos ser, que qualidade de vida queremos ter. O território político das sociedades situa-se, agora, na domesticação de espaços da família e da comunidade, como, por exemplo, podemos pensar na Estratégia de Saúde da Família (ESF). A responsabilidade agora não é mais pensada em termos daqueles que governam a Nação, mas daqueles que são responsáveis por uma família e seus membros ou, ainda, pelos gestores em saúde pública. Quando tomamos biopoder e biopolítica de outro jeito, problematizando eugenia e deslocando a centralidade do Estado para uma centralidade no indivíduo, o biopoder não vai estar mais ligado ao controle da vida, mas como vida. Assim, saúde e planejamento familiar marcam o sujeito livre para escolher.

Entretanto, a biopolítica como modalidade de poder e governo sobre as populações passa a ser também pensada no seu sentido inverso, vitalidade social e potência política. Vida deixa de ser inerte e é rachada, no sentido foucaultiano, porque também vai trazer nela a capacidade de responder como novo. Segundo Pelbart (2003), tem-se a inversão do sentido do termo forjado por Foucault – biopolítica não mais como o poder *sobre* a vida (biopoder), mas como a potência *da* vida (biopotência). Segundo o autor, coube a Deleuze explicar que, ao poder *sobre* a vida, deveria responder o poder *da* vida, a potência “política” da vida, na medida em que ela faz variar suas formas e reinventa suas coordenadas de enunciação. A biopotência faz dobrar as formas, faz variar e multiplicar as figuras: as adolescentes da Rocinha continuam engravidando; ao controle da política, cria-se uma resposta política, uma biopotência.

A própria noção de vida deixa de ser definida apenas a partir dos processos biológicos que afetam a população. Vida agora inclui a sinergia coletiva, a cooperação social e subjetiva no contexto de produção material e imaterial contemporânea, o intelecto geral. Vida significa inteligência, afeto, cooperação, desejo. A vida deixa de ser reduzida à sua definição biológica (tirar saúde da dimensão biológica) para tornar-se cada vez mais uma virtualidade molecular da multidão, energia aorgânica, corpo sem órgãos.

A idéia de um Estado social onipresente está em vias de mudar, isso porque a “sociedade” como uma cultura nacional, uma população nacional coexistente com um território nacional e com forças de uma política nacional de governo, começa a metamorfosear-se. A idéia de uma “cultura nacional” tem revelado muitas “culturas” e a identidade nacional como uma disposição de complexas políticas identitárias; comunidade/povo/público migra para comunidades/povos/públicos. Nessa nova configuração, o propósito e a ênfase política de saúde e da doença tem mudado. Foca-se a mudança da sociedade de disciplina para de controle para descrever a manutenção da disciplina como característica de um controle do EU, de um governo do EU. Nessa medida, quem articula é a saúde e os modos de cuidado de si, da população, mas a partir de um si mesmo. É forjada, desse modo, uma lógica de responsabilidade social, uma inversão da população para o indivíduo, um deslocamento, porque não é cuidar da população a partir dos indivíduos que a compõem, mas cada um cuidar de si para ter um mundo melhor. O racismo agora se torna uma questão da raça, melhorar a raça para um bem de todos; não se exclui, inclui-se a partir das escolhas dos sujeitos, para se chegar a um bem social.

Devemos entender a sociedade de controle-Império como aquela que se desenvolve nos limites da modernidade e se abre para a pós-modernidade. Os

mecanismos de comando tornam-se cada vez mais “democráticos”, cada vez mais imanentes ao campo social, distribuídos por corpos e cérebros dos cidadãos: “Os comportamentos de integração social e de exclusão próprios do mando são, assim, cada vez mais interiorizados nos próprios súditos” (Hardt & Negri, 2006, p. 42). É aqui que se coloca, então, a questão do lotação. Não se trata mais da normatização, regulamentação, e sim do circular, do fazer ver do lotação – a pulverização dos sujeitos da saúde. Não se trata mais da mulher, mas de todos. Nesse sentido, é democrático: planejar, desejar, escolher a família que quer ter – trata-se de uma questão de saúde.

A sociedade de controle-Império pode, dessa forma, ser caracterizada por uma intensificação e uma síntese dos aparelhos de normalização de disciplinaridade que animam internamente nossas práticas diárias, nosso cotidiano, mas, em contraste com a disciplina, esse controle estende-se para fora dos locais estruturados de instituições sociais mediante redes reflexíveis e flutuantes, de comunicação instantânea – o lotação.

Conforme Pelbart (2003), a dimensão biopolítica da sociedade de controle é uma forma de poder que rege e regulamenta a vida social, seguindo-a, penetrando-a, assimilando-a e reformulando-a. Todavia, o poder não pode obter um domínio efetivo sobre a vida inteira da população, a menos que se torne uma função integrante e vital que cada indivíduo tome para si e reative por sua conta e vontade. Por isso, a vida torna-se um objeto de poder, não só porque o poder se encarrega da vida na sua totalidade, penetrando-lhe em todas as esferas, desde a sua dimensão cognitiva, psíquica, física, biológica, até genética, mas principalmente quando esse procedimento é retomado por cada um de seus membros: qualidade de vida e saúde. O que está em jogo nesse regime de poder é a produção e a reprodução da vida nela mesma. Não é só um domínio sobre um território ou sobre a produção de riqueza, não apenas a administração da reprodução

da vida com a finalidade de garantir a produção da riqueza, mas é a própria vida que é visada, no seu processo de produzir e de reproduzir-se.

Controle-Império-Saúde: ecopolítica

A sociedade disciplinar não conseguia penetrar inteiramente as consciências e os corpos dos indivíduos a ponto de organizá-los na totalidade de suas atividades. A relação entre poder e indivíduo era ainda estática e, além disso, era compensada pela resistência do indivíduo. Na sociedade de controle-Império, o conjunto da vida social é abraçado pelo poder e desenvolvido na sua virtualidade. A sociedade é subsumida na sua integralidade, até os centros vitais de sua estrutura social; trata-se de um controle que invade a profundidade das consciências e dos corpos da população, atravessando as relações sociais e integralizando-as. É a subsunção da economia, da cultura, também do *bios* social a um poder que assim engloba todos os elementos da vida social, mas é um domínio que produz algo muito paradoxal, nada linear. Ao invés de unificar tudo, cria-se um meio de pluralidade e singularização não-domesticáveis. Com elas, o termo de biopolítica deixa de ser prioritariamente a perspectiva do poder e de sua racionalidade refletida tendo por objeto passivo o corpo da população e suas condições de reprodução, sua vida (Pelbart, 2003).

O Estado contemporâneo não é “nacionalizado”, ou seja, não se busca mais uma qualificação do corpo dos seus sujeitos em termos de competição com outros Estados. O Estado já não é esperado para resolver as necessidades de saúde da sociedade, mas para nós é. A vitalidade das espécies – a nação, população, raça – é raramente racionalizada e legitimada por intervenções compulsórias dentro de vidas individuais daqueles que somente são elementos constituintes. Nesse domínio, como em outros, a imagem agora é

de Estado permissivo, Estado facilitador, o Estado como animador. Apesar de o Estado cuidar, ser responsável, ter o dever, ao tomarmos a saúde como um direito, ela não se resume a um direito do cidadão, e sim a um direito neoliberal. A saúde como um dever de Estado, nessa lógica controle-Império, conforma o sujeito neoliberal da saúde, na medida em que incita uma soberania do sujeito sobre si, um empreendedor de si mesmo. O direito confunde-se com empreendimento.

Por outro lado, o Estado retém a responsabilidade adquirida nos séculos XVIII e XIX (varia de acordo com o contexto nacional) de assegurar condições gerais de saúde: regular o preço dos alimentos, distribuição de água e saneamento básico, algumas vezes mandando a adição de elementos promotores de saúde na dieta – vitaminas, flúor na água, por exemplo. Por outro lado, sem tal ambiente promovido de saúde, o Estado experimenta a sua liberdade de algumas responsabilidades que adquiriu através do século XX de seguranças individuais, em consequência de doenças e acidentes. No nosso caso, é o inverso. A saúde passa a ser um problema social, mas de responsabilidade individual: cada um deve fazer a sua parte, controlar a sua vida, os seus gastos, a sua saúde, a sua família, o seu corpo. A democracia-Império-controle organiza uma forma de divisão das responsabilidades.

Assim, temos visto uma intensificação das estratégias de promoção de saúde desenvolvidas no século XX, ligadas à ascensão do seguro privado de saúde, realçando as obrigações individuais e familiares para dirigir e monitorar a própria saúde. Todo cidadão deve tornar-se um cuidador ativo de sua saúde, aceitando sua responsabilidade por assegurar seu próprio bem-estar. Mesmo na rede pública, por exemplo, a mãe-fumante, que irá onerar o sistema e o cidadão em função de uma gravidez de risco, pagará por isso. Isso dá o direito de mandar parar!

Organizações e comunidades são também convocadas a tomar um papel ativo em assegurar a saúde e bem-estar de seus empregados e membros. Esse novo desejo por saúde é capitalizado pelas empresas. A questão agora é qualidade de vida. É o empreendimento em direção à saúde, a saúde de si e a saúde do planeta. Não se trata mais de saúde da mulher, da criança, do idoso; o empreendimento é maior, diz respeito ao Império-planeta. O controle da saúde da mulher torna-se uma estratégia de saúde para a qualidade de vida do planeta. A mulher se desfaz no planeta.



Estamos num mundo de direitos que não mais disciplinam as forças, mas que consagram vidas como agentes participantes do próprio controle. A participação contínua dá sentido ao controle contínuo. Todos precisamos ser democráticos – uma democracia de antecipação por meio de sondagens, de participação e de responsabilidade social. Agora, investe-se de outra maneira: o alvo é a rede Estado para

o corpo são, outro redimensionamento da biopolítica. O Estado não é mais somente investimento sobre o território ou população; é, principalmente, investimento no planeta, no espaço celestial. A biopolítica da população cede lugar, então, a uma ecopolítica planetária. Não há mais corpo no interior do corpo planeta, mas corpo planeta no espaço sideral. Não há lugares como investimento produtivo, mas fluxos. Não há mais o produtivo especialista disciplinar e disciplinado, mas o polivalente atuante, transparente. Não mais corpo-máquina, corpo-espécie, mas corpo-planeta (Passetti, 2002).

O Estado não investe mais na formação do corpo são. Agora ele necessita do corpo são já agenciado: sua inteligência, participação contínua e defesa democrática. Aos demais, que não se enquadram no acima citado parece não haver nada mais a fazer senão disponibilizar seus corpos para filantropias de múltiplas ordens. O Estado, então, existe como agenciador produtivo ao lado das empresas e organizações não-governamentais para administração de corpos desnecessários, trazendo para o centro a ética da fraternidade, da qualidade de vida. Segundo Passetti (2002), depois de reconhecidos os princípios de liberdade e igualdade, passa-se a investir em fraternidade. A fraternidade agencia a relação com o outro mediante o controle da qualidade de vida: a mulher precisa cuidar de sua saúde porque assim estará cuidando do outro/planeta; controlar o seu corpo é um exercício de fraternidade com o outro. Nesse caso, então, dissolve-se a figura da mulher, e engendra-se a figura da qualidade de vida.

Conforme Negri e Hardt (2006), a questão está em construir no não-lugar que as desconstruções das últimas décadas deixaram e no vazio que o Império produziu, um lugar novo, a partir da sinergia da multidão, tecendo ontologicamente novas determinações do humano, de vida. A lógica do controle-Império-saúde contemporâneo não é feita de trincheiras e muralhas para se proteger dos nômades, na medida em que é

ele próprio nômade, pois não é um confinamento, é uma ondulação planetária. É a resposta política e jurídica à normatização generalizada, de fluxos de toda ordem, fluxos de capital, de informação, de imagem, de bens e mesmo, sobretudo, de pessoas. Isso significa pensar a lógica imanente do poder contemporâneo, nesse contexto concreto, biopolítico, para repensar a relação entre capital e vida, controle de desejo, política e subjetividade: saúde e potência. Entre o constituído e o constituinte, entre a soberania e a imanência. Prospecta-se a positividade constituinte e antagônica da multidão, que anuncia novas modalidades, talvez pós-humanas, de se agregar, de combater, de trabalhar, de criar sentido, de inventar dispositivos de valorização e de autovalorização capazes de nos fazer “sair do outro lado” do Império: não mais saúde da mulher/qualidade de vida, e sim provocação de possibilidades de vida.

“É preciso um desvio da fala. Criar foi sempre coisa distinta de comunicar. O importante talvez venha a ser criar vacúolos de não-comunicação, interruptores, para escapar ao controle” (Deleuze, 2006, p. 217). Hardt e Negri (2006) invertem o sentido pejorativo do biopoder e da biopolítica, que originalmente incidiria sobre a produção e reprodução, e propõem pensar a partir do corpo biopolítico coletivo, onde se dá a produção e reprodução da vida, levando em conta a sua nova potência. A esse corpo biopolítico coletivo, em seu misto de inteligência, conhecimento, afeto, desejo, os autores deram o nome de *multidão*. Não mais a saúde da mulher, mas a saúde da multidão.

O fato de estarmos pesquisando a PNAISM e de estar pensando as questões de verdade e o que está em jogo é uma questão da multidão. Logo, tem uma potência de vida, de transformação.

O FIO(M) DA LINHA

Hora de despedir-se das Ariadnes – Foucault, Deleuze, Rose, Hardt e Negri... Gi,
Anita, Betina, Neuza...

Descobrimos que as paredes do labirinto se esvaíram, estamos a pentear o
Minotauro!!!

Não contamos mais com fronteiras, com bem e mal, fora e dentro, visto que
continuamos dentro!

Estamos na multidão...

REFERÊNCIAS

Avila; M. B.; Correa, S. (1999). O movimento de saúde e direitos reprodutivos no Brasil: revisitando percursos. In Galvão, L.; Díaz, J. *Saúde sexual e reprodutiva no Brasil*. São Paulo: Hucitec/Population Council.

Barros, R. B.; Passos, E. (2005). Humanização na saúde: um novo modismo?. *Interface – Comunicação, Saúde, Educação*, 9(17), 389-394.

Bernardes, A. G. (2005). *Estratégias de produção de si: biotecnologias e Humanização*. Ensaio Temático. Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Bernardes, A. G. (2006). *Políticas da existência no campo da saúde: o público como um dispositivo*. Tese de Doutorado. Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Birman, J. (2005). A Physis da saúde coletiva. *Physis*, 15, 1-5.

Brasil. (1984). *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. (Série B, Textos Básicos de Saúde, 6). Centro de documentação do Ministério da Saúde: Brasília.

Brasil. (2004). *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes*. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas: Brasília.

Brasil. (2005/janeiro). *Fortalecimento da Secretaria Especial de Políticas para as mulheres: avançar na transversalidade da perspectiva de Gênero nas Políticas Públicas*. Brasília: CEPAL/SPM.

Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.

Caderno Saúde Pública. (2003). *Gênero, sexualidade e saúde reprodutiva: a constituição de um novo campo na Saúde Coletiva*, 19 (supl. 2), 198-199.

Carta de Itapeverica. (1984). In Labra, M. H. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes.

Coimbra, C. (2003). Historicizando a relação entre psicologia e direitos humanos. In Jacó-Vilela, A.; Cerezo, A. C.; Rodrigues, H. B. C. (org.). *Paradigmas – historiografia, psicologia, subjetividade* (Vol. 1, pp. 235-246). Rio de Janeiro: Relumê-Dumaré/FAPERJ.

Deleuze, G. (1990). Que és un dispositivo? (pp. 155-161). In Deleuze, G. *Michel Foucault, filósofo*. Barcelona: Gedisa.

Deleuze, G. (1992). *Mil Platôs: Capitalismo e Esquizofrenia* (Vol. 1). São Paulo: Editora 34.

Deleuze, G. (2006). *Conversações* (5. Reimpressão). São Paulo: Editora 34.

Foucault, M. (1984). O retorno da moral (pp. 129-138). In Escobar, C. H. *Michel Foucault: o dossier, últimas entrevistas*. Rio de Janeiro: Taurus.

Foucault, M. (1990). Tecnologias del yo (pp. 45-94). In Foucault, M. *Tecnologias del yo y otros textos afines*. Barcelona: Paidós.

Foucault, M. (1995). O sujeito e o poder. In Dreyfus, H.; Rabinow, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense.

Foucault, M. (1999). *História da Sexualidade I: a vontade de saber* (12. ed). Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2002a). *Os anormais*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2002b). *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes.

Foucault, M. (2003). *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal.

Foucault, M. (2004a). *Arqueologia do saber* (7. ed). Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2004b). *Ditos e escritos V. Ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Foucault, M. (2004c). *A ordem do discurso* (10 ed). São Paulo: Edições Loyola.

Foucault, M. (2005). *Ditos e escritos II. Arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.

Gallo, S. (2001). *Deleuze e a Educação*. Belo Horizonte: Autêntica.

Giffin, K. (2002). Pobreza, desigualdade e equidade em saúde: considerações a partir de uma perspectiva de gênero transversal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18, 103-112.

Hall, S. (1997 jul./dez.). A centralidade da cultura: notas sobre as revoluções de nosso tempo. *Educação & Realidade*, 22(2), 15-46.

Harding, J. (1997). Bodies at risk. In Petersen, A.; Bunton, A. (eds). *Foucault, health and medicine*. London: Routledge.

Hardt, M.; Negri, A. (2006). *Império* (8. ed). Rio de Janeiro/São Paulo: Record.

Iñiguez, L. (2002). Construcionismo social. In Martins, J. (org). *Temas em Análise Institucional e em Construcionismo Social*. São Carlos: Rima.

Kohan, W. O. (2007). Deleuze pensa a educação. *Revista Educação*, 6.

Latour, B. (2001). *A esperança de Pandora*. Bauru/SP: EDUSC.

Lei n. 8080, de 19 de setembro de 1990 (1990). Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Recuperado em 05 agosto, 2005, de <http://portal.saude.gov.br/legislacao>.

Lei 8142, de 28 de dezembro de 1990 (1990). Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências

intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Recuperado em 05 agosto, 2005, de <http://portal.saude.gov.br/legislacao>.

Lobo, L. F. (2003). Movimento Eugênico: tribunal de todos os desvios (pp. 203-213). In *Paradigmas: historiografia, psicologia, subjetividades*. Jacó-Vilela, A. M.; Cerezzo, A. C.; Rodrigues, H. B. C. (org.). Rio de Janeiro: Relume Dumará: FAPERJ.

Louro, G. L. (1995, julho/dezembro). Gênero, história e educação: construção e desconstrução. *Educação & Realidade*, 20(2), 101-132.

Louro, G. L. (1998). *Gênero, sexualidade e educação; uma perspectiva pós-estruturalista*. Petrópolis: Vozes.

Louro, G. L. (1999). *O corpo, pedagogias da sexualidade*. Belo Horizonte: Autêntica.

Louro, G. L. (2002). Epistemologia feminista e teorização social – desafios, subversões e alianças (pp. 11-22). In Adelman, M.; Silvestrin, C. B. (Orgs). *Coletânea Gênero Plural*. Curitiba: Editora UFPR.

Luz, M. T. (1991). Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “transição democrática” - anos 80. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*, 1(1).

Mariano, S. A. (2005, setembro/dezembro). O sujeito do feminismo e o pós-estruturalismo. *Estudos Feministas*, 13(3).

Mattos, R. A. (2001). Os sentidos da Integralidade: algumas reflexões acerca de valores que merecem ser definidos (pp. 39-64). In Pinheiro, R.; Mattos, R. A. (org). *Os Sentidos da Integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS: ABRASCO.

Mendes, E. V. (1999). *Distrito sanitário: o processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde*. Rio de Janeiro: HUCITEC.

Meyer, D. (1998, janeiro/junho). Gênero e saúde: indagações a partir do pós-estruturalismo e dos Estudos Culturais. *Revista ciência e saúde*, 17(1), 45-48.

Medeiros, P. F. (2006). Integrando Práticas Psicológicas na Saúde Pública. Ensaio Temático. Faculdade de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre.

Medeiros, P.; Bernardes, A., Guareschi, N. (2005, setembro/dezembro). O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. *Psicologia: teoria e pesquisa*. 21(3), 263-269.

Nardi, H. C. (Setembro, 2005). Saúde, Sujeito e Políticas Públicas. Curso de Extensão ministrado na Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, RS.

Nicholson, L. (2000). Interpretando o gênero. *Revista Estudos Feministas*, 8(2), 9-41.

Organização Mundial da Saúde & International Women's Health Coalition. (2004). *Abortamento Seguro: orientação técnica e de políticas para os sistemas de saúde*. Campinas: Cemicamp.

Ortega, Francisco. (2002). Da ascese à bio-ascese. Ou do corpo submetido à submissão ao corpo (pp. 139-174). Rago, M.; Orlandi, L.B.L.; Veiga-Neto, A. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A.

Osis, M. J. D. (1998). PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 14 (suppl.1), 25-32.

Paim, J. (1986). *Saúde, crises, reformas*. Salvador, Centro Editorial e Didático da UFBA.

Paim, J.; Almeida Filho, N. (2000). *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa da Qualidade.

Passetti, E. (2002). Anarquismos e sociedade de controle (pp. 123-138). Rago, M.; Orlandi, L.B.L.; Veiga-Neto, A. *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A.

Pelbart, P. P. (2003). *Vida capital: ensaios de biopolítica*. São Paulo: Iluminuras.

Pinto, C. R. J. (1999a, julho/dezembro). Foucault e as Constituições Brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. *Educação & Realidade*, 1(1), 33-56.

Pinto, C. R. J. (1999b). O sujeito insuficiente: a dupla face do esgotamento do sujeito político no fim do século XX. In Tavares dos Santos, J. V. *Violência no tempo da globalização*. São Paulo: Huciteg.

Portal da Saúde. (2005). Ministério da Saúde – Brasil. [Versão eletrônica]. Disponível em <<http://www.saude.gov.br>>.

Ratto, C. G. (2006). Educação, comunicação e controle social – um ensaio sobre a incomunicabilidade do mundo. Porto Alegre: PPGE/PUCRS. (Proposta de tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação em 10 de março de 2006).

Rede Feminista de Saúde. (2005). *Dossiê Aborto: mortes preveníveis e evitáveis*. Belo Horizonte: Rede Feminista de Saúde.

Rose, N. (2007). *The Politics of Life Itself: Biomedicine, Power, and Subjectivity in the Twenty-First Century*. Oxford: Princeton University Press.

Scott, J. W. (1995, Julho/Dezembro). Gênero: uma categoria útil de análise histórica. *Educação & Realidade*, 20(2), 71-99.

Secretaria Estadual de Saúde – RS. (2005). Área da Saúde da Mulher. [Versão eletrônica]. Disponível em <http://www.saude.rs.gov.br/saude_mulher/introducao.php>.

Silva, R. N. (2005). *A invenção da Psicologia Social*. Petrópolis: Vozes.

Spink, P. (2003). *Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-contrucionista*. São Paulo: Núcleo de Organizações e Ação Social – PUCSP.

Tadeu, T.; Corazza, S.; Zordan, P. (2004). *Linhas de escrita*. Belo Horizonte: Autêntica.

Weber, B. T. (2003). Médicos e charlatanismo: uma história de profissionalização no Sul do Brasil. In Silva, M. L. (org.). *História, Medicina e Sociedade no Brasil*. Santa Cruz do Sul/RS: EDUNISC.

Xavier, D; Avila; M. B.; Correa, S. (1989) Questões feministas para a ordem médica: o feminismo e o conceito de saúde integral. In Labra, M. E. *Mulher, saúde e sociedade no Brasil*. Petrópolis: Vozes.