



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Daniele Antunes Rangel

**OS CONSTRUCTOS MODERNOS E PÓS-MODERNOS SOBRE
CORPO, SAÚDE E DOENÇA EM DISCURSOS DE MULHERES DE
TRÊS DIFERENTES GERAÇÕES**

Juiz de Fora
2011



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS HUMANAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM
PSICOLOGIA - MESTRADO



Daniele Antunes Rangel

**OS CONSTRUCTOS MODERNOS E PÓS-MODERNOS SOBRE
CORPO, SAÚDE E DOENÇA EM DISCURSOS DE MULHERES DE
TRÊS DIFERENTES GERAÇÕES**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia por Daniele Antunes Rangel.

Orientadora: Prof.^a D.^{ra} Maria Elisa Caputo Ferreira.

Juiz de Fora
2011

Rangel, Daniele Antunes.

Os constructos modernos e pós-modernos sobre corpo, saúde e doença em discursos de mulheres de três diferentes gerações / Daniele Antunes Rangel. – 2011.

108 f.

Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2011.

1. Saúde. 2. Análise do discurso. 3. Mulheres. I. Título.

CDU 614

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
CURSO DE MESTRADO

OS CONSTRUCTOS MODERNOS E PÓS-MODERNOS SOBRE CORPO, SAÚDE E
DOENÇA EM DISCURSOS DE MULHERES DE TRÊS DIFERENTES GERAÇÕES

Autora: Daniele Antunes Rangel
Orientadora: Prof.^a D.^{ra} Maria Elisa Caputo Ferreira

Comissão Examinadora

Avaliador 1: Paulo Roberto Gibaldi Vaz; Pós-doutor; ECO PÓS - UFRJ

Avaliador 2: Juliana Perucchi; Doutora em Psicologia; PPGPSI - UFJF

Avaliador 3: Maria Elisa Caputo Ferreira (orientadora); Pós-doutora; PPGPSI - UFJF

O mais interessante na vida e no trabalho é o que permite tornar-se algo de diferente do que se era ao início. Se você soubesse ao começar um livro o que iria dizer no final, você crê que teria coragem de escrevê-lo? Isso que vale para a escrita e para uma relação amorosa vale também para a vida. O jogo vale a pena na medida em que não se sabe como vai terminar.

Michel Foucault [1982] (1994).

AGRADECIMENTOS

Começo os meus agradecimentos aproveitando-me da citação de Foucault acima, pois, ao iniciar um projeto de dissertação de Mestrado, nunca se sabe que caminhos e que encontros estão por vir e onde eles nos levarão. Quando decidi me preparar para tal concurso, recebi o apoio irrestrito de minha mãe, à qual nunca cansarei de agradecer, e do Anderson, que me incentivou demonstrando acreditar na minha capacidade, a quem eu também muito agradeço. Depois deste primeiro momento, ocorreu uma sucessão de encontros que de diversas formas contribuíram para a finalização desta dissertação.

O primeiro encontro durou muito menos tempo do que eu gostaria que tivesse durado, mas posso dizer que, apesar de curto, tem uma intensidade tão grande que marcará para sempre minha trajetória acadêmica. Desta forma, agradeço ao *Prof. Dr. Gilberto Salgado (in memoriam)* por ter me recebido como orientanda no Mestrado. Por ele, me foram dadas as primeiras instruções, as primeiras leituras foucaultianas e, conseqüentemente, a possibilidade de conclusão desta etapa do meu percurso acadêmico. As idéias essenciais do projeto de pesquisa realizada junto ao Prof. Gilberto puderam ser mantidas nesta pesquisa e é, por este motivo, que *dedico esta dissertação ao Prof. Dr. Gilberto Salgado (in memoriam)* como forma de agradecimento.

A *Prof.^a D.^{ra} Maria Elisa Caputo Ferreira* foi o meu segundo grande encontro neste percurso. Recebeu-me com todo carinho, que lhe é peculiar e soube, em todos os momentos, negociar as minhas e as suas idéias. Sabia quando me guiar, quando me parar e quando permitir que eu caminhasse “sozinha”. Esteve por todo o tempo me apoiando, me criticando e ao mesmo tempo me incentivando. Por todos estes motivos e por muitos que ainda virão, *agradeço à Prof.^a D.^{ra} Maria Elisa* por seu apoio, dedicação e por ter acreditado que poderíamos construir um bom trabalho.

Depois desses primeiros encontros, muitos outros se sucederam e a esses eu também agradeço:

Aos *Professores do Programa* de Mestrado em Psicologia da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), que sempre estiveram dispostas a contribuir e a auxiliar, com críticas e elogios, em nosso processo de amadurecimento acadêmico.

Acredito que os muitos encontros acabam tecendo uma rede na qual alguns laços serão de amizade. Desta forma, agradeço também aos *colegas de turma* (2010 - 2012), em

especial, às colegas com quem partilhei trabalhos: *Jimilly, Irma, Fernanda e Camila* e à nossa representante *Cíntia*.

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFJF, pela acolhida em suas instalações, e à *Nilcimara*, sempre pronta a nos auxiliar.

Já em meados deste percurso, novos encontros vieram marcar meu caminho. Encontros que me são muito caros e aos quais agradeço imensamente.

A todos os participantes do Grupo de Pesquisas - Processos Psicossociais e Cultura do Corpo (*Carla, Emerson, Jéssica, Jimilly, Marcela, Prof.^a D.^{ra} Maria Elisa, Renata, Tamara e Vanessa*). Em conjunto, soubemos nos ajudar e contribuir para o crescimento mútuo. Agradeço especialmente à *Renata*, que no papel de veterana teve disponibilidade para ler meus escritos e tecer seus comentários, e à *Vanessa*, que sempre esteve disposta a contribuir e a discutir ideias, e, cada dia mais, vem se tornando uma parceira e amiga.

Agradeço especialmente ao *Prof. Dr. Paulo Roberto Gibaldi Vaz* por ter aceitado prontamente o convite de participar das bancas de qualificação e defesa e por todo apoio e contribuições nesta pesquisa.

À *Prof.^a D.^{ra} Juliana Perucchi* agradeço duplamente: pelas contribuições enquanto professora do Mestrado e pelo carinho com que aceitou participar das bancas de qualificação e defesa.

Agradeço também às professoras *Prof.^a D.^{ra} Maria Stella Tavares Filgueiras* e *Prof.^a D.^{ra} Fabiane Rossi* por terem aceitado participar, como suplentes, da defesa desta dissertação.

Aos meus familiares, a todos que, de alguma forma, participaram da minha formação acadêmica, aos amigos que sempre estiveram torcendo por mim.

Para finalizar, agradeço especialmente à minha mãe – *Prof.^a Celina Antunes Ribeiro*, pelas correções de português que lhe ocuparam longas horas, pelo amor e pela oportunidade e apoio irrestrito que me ofereceu, e ao *Anderson Marcelo Leão Lopes* que contribuiu com críticas, colaborações e muito apoio e solidariedade.

Obrigada a todos.

RESUMO

A importância dada aos cuidados com a saúde na atualidade incentivou a problematização do tema, tendo como fio condutor os estudos foucaultianos. Tais estudos estão em busca de contextualizações e correlações entre os discursos médicos e científicos (saber/poder) e os constructos modernos e pós-modernos sobre corpo, sexualidade e saúde. Vários autores, dentre os quais Foucault [1963] (2008), Chammé (1996), Scliar (2007), Coelho & Severiano (2007), Prado Filho & Trisoto (2008), concordam que os conceitos de corpo, saúde e doença, são reflexos da conjuntura social, econômica, política e cultural. Estes conceitos dependerão da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas de cada momento histórico. A partir deste referencial, foram entrevistadas mulheres pertencentes a três diferentes gerações. O objetivo foi avaliar, a partir de uma metodologia qualitativo-exploratória, como são produzidos os discursos sobre saúde/doença, quais relações estes estabelecem com os dispositivos de saber/poder, se existem especificidades em relação aos corpos e subjetividades femininas, e se estes apresentam diferenças em relação às épocas. Para avaliação das entrevistas, empregou-se a Análise do Discurso de Foucault e, como aporte teórico, foram utilizados os estudos que discorrem sobre modernidade, disciplina, dispositivos de sexualidade, biopoder/biopolítica e os desdobramentos que se sucederam a esses estudos. As mulheres entrevistadas foram divididas em relação de descendência da seguinte forma: G1 (Geração 1) – mulheres nascidas entre 1925 e 1946; G2 (Geração 2) – mulheres nascidas entre 1956 e 1966; e G3 (Geração 3) – nascidas entre 1979 e 1997. A análise dos discursos, nesta pesquisa, apontou para indícios de que há uma produção dos corpos femininos e uma construção social do binômio saúde-doença. A comparação entre as três gerações evidenciou diferentes dispositivos de saber/poder correlatos a cada uma das épocas demonstrando que corpo, sexualidade/feminilidade, saúde e doença são conceitos interligados e dependentes de fatores, tais como a economia, a política, a ciência e a cultura; modificam-se com e por causa destes.

Palavras-chave: Análise do Discurso, Corpo, Saúde, Processos de Subjetivação, Feminino.

ABSTRACT

The importance given to health care nowadays encouraged the questioning of the subject, taking as a guideline Foucauldian studies. Such studies are in search of contextualization and correlations between the medical and scientific discourses (knowledge / power) and the modern and postmodern constructs about the body, sexuality and health. Several authors, Foucault [1963] (2008), Chammé (1996), Scliar (2007), Coelho & Severiano (2007), Prado Filho & Trisoto (2008), agree that the concepts of body, health and disease, are reflection of social, economic, political and cultural circumstances. These concepts depend on the time, place, social class, individual values and on the scientific, religious and philosophical conceptions. From this benchmark, it was interviewed women from three different generations. The objective was to evaluate, from a qualitative and exploratory approach, as produced discourses about health / disease, what relationships they establish with the devices knowledge/power, if there are specifics in relation to female bodies and these subjectivities, and if it presents difference in relation to times. To evaluate the interviews, it was used Foucault's Discourse Analysis and as theoretical contribution, it was used studies which talk about modern times, discipline, sexual devices, biopower / biopolitics, and the development that followed these studies. The women interviewed were divided over the descent as follows: G1 (Generation 1) - women born between 1925 and 1946, G2 (Generation 2) - women born between 1956 and 1966, and G3 (Generation 3) - born between 1979 and 1997. The discourse analysis, in this research, found evidence that there is a female bodies production and a social construction of health-disease dyad. The comparison between the three generations showed different devices of power / knowledge related to each of the times demonstrating that the body, sexuality / femininity, health and disease are not inert and independent concepts apart from the economy, politics, science and culture; it changes with and because of these.

Keywords: Discourse Analysis, Body, Health, Subjectivity Process, Female.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	Síndrome da ImunoDeficiência Adquirida
CID-10	Classificação Internacional de doenças, 10ª edição
CLT	Consolidação das Leis Trabalhistas
DSM-IV	<i>Diagnostic and Statistical Manual, IV edition</i>
G1	Geração 1
G2	Geração 2
G3	Geração 3
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAISM	Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PUC	Pontifícia Universidade Católica
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 REFERENCIAL TEÓRICO	17
2.1 História da vida e da obra de Foucault	17
2.1.1 Arqueologia.....	18
2.1.2 Genealogia	20
2.1.3 A obra inacabada	22
2.2 Modernidade e Pós-modernidade: os discursos sobre o corpo, a disciplina, o controle... a saúde	24
2.2.1 A modernidade descobre o corpo humano	25
2.2.2 A Modernidade e a disciplina: corpos dóceis e subjetividades vigiadas.....	28
2.2.3 A Pós-modernidade e o Controle: corpos e subjetividades em consumo.....	35
2.3 Sobre mulheres e gerações: quando os dispositivos de poder se tornam processos de subjetivação e de gênero	41
2.3.1 Mulheres e maternidade: o primeiro ponto de resistência.....	44
2.3.2 O movimento feminista.....	47
2.3.3 As políticas de saúde para a mulher: entre biopolítica e direitos adquiridos.....	49
2.3.5 Da Modernidade à Pós-modernidade: mulher-mãe, mulher-profissional e mulher-espetáculo.....	51
3 MÉTODO	55
3.1 Modelo de Estudo	55
3.2 Sujeitos da entrevista (amostra)	55
3.3 Instrumento	56
3.4 Procedimento e Análise dos dados	57
4 ANÁLISE DOS DADOS	59
4.1 Discursos da Geração 1	60
4.2 Discursos da Geração 2	66
4.3 Discursos da Geração 3	73
5 DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	81
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96
ANEXOS	101

1 – INTRODUÇÃO

O binômio saúde-doença tem sido objeto de pesquisas de múltiplos profissionais ligados à área de saúde, inclusive psicólogos. Abordar o tema em sua complexidade trouxe diversos questionamentos referentes à sua constituição.

Na mídia, o assunto se tornou recorrente nas últimas décadas, contemplando, principalmente, os cuidados com a saúde e as “novas descobertas” das ciências médicas. São prescritas inúmeras “receitas de boa saúde”, “bem estar”, “bem viver”. Porém, um espectador atento será capaz de observar o quanto estas “receitas” se modificam ao longo dos anos, e mais ainda, este espectador poderá observar que, muitas vezes, elas se mostram contraditórias.

Percebe-se que os estudos sobre saúde veiculados pela mídia contribuem para a perpetuação da hegemonia de uma ciência positivista, pautada em ferramentas estatísticas¹, de neuro-imagens e de estudos genéticos em detrimento de concepções subjetivas de saúde. O próprio conceito de saúde, proposto pela OMS² (Organização Mundial de Saúde), segundo Segre & Ferraz (1997), é embasado, quase que exclusivamente, em avaliações externas e pouco subjetivas.

Reconhece-se que a objetividade na ciência é necessária e tem possibilitado inúmeros avanços, mas, por outro lado, entende-se que o processo saúde-doença precisa ser abordado em sua totalidade. Os profissionais não estão frequentemente habituados a apresentar questionamentos sobre a possibilidade da construção social inerente aos conceitos de saúde e doença, e, por acreditarem na positividade deste, podem, conseqüentemente, multiplicar em suas pesquisas e em suas práticas as formas de “poder” subjacentes aos vários discursos de saúde que tendem a normatizar a conduta humana. Em prol de uma saúde “perfeita”, os profissionais e a população em geral têm-se tornado reféns das regras ditadas pelas diferentes receitas de “boa saúde”.

Construtos que são largamente utilizados, na atualidade, não significaram a mesma coisa ao longo dos tempos. Vários autores: Foucault 1963] (2008)³, Chammé (1996),

¹ O termo “estatística” tem sua origem na palavra “Estado” e surge como ciência a serviço deste.

² A Organização Mundial de Saúde (OMS) define saúde como: “Estado de total bem-estar físico, mental e social, e não meramente a ausência de doença e enfermidade” e em seu Estatuto afirma ainda que “o gozo do maior nível atingível de saúde é um dos direitos fundamentais de todos os seres humanos, sem distinção de raça, religião, preferência política e condição econômico-social”.

³ As datas das obras de Foucault que se encontram entre chaves referem-se à data da escrita e/ou primeira publicação. Já as datas entre parênteses referem-se à data da edição consultada/citada.

Scliar (2007), Coelho & Severiano (2007), Prado Filho & Trisoto (2008) são unânimes ao afirmarem que os conceitos de saúde e doença são reflexos da conjuntura social, econômica, política e cultural que influenciam as concepções individuais e coletivas as quais estão condicionadas à forma como os homens estão socialmente organizados e participam do processo cultural que os envolve. Estes conceitos dependem da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas.

A importância dada aos cuidados com a saúde na pós-modernidade⁴ e a complexidade do assunto incentivou a problematização do tema, tendo como fio condutor os estudos foucaultianos os quais estão, permanentemente, em busca de contextualizações e correlações que apontam para sensíveis relações entre os discursos médicos e o corpo, além de uma possível construção sócio-política do binômio saúde-doença.

Tendo em vista tal contexto e com base em estudos preliminares sobre biopoder, biopolítica, disciplina, controle, construção de subjetividades e dispositivos de poder sexuais e de gênero, optou-se por entrevistar mulheres de três diferentes gerações a fim de analisar como se produzem os discursos sobre saúde-doença e a quais dispositivos de saber/poder estes se articulam em cada uma das gerações, permitindo verificar se há mudanças significativas entre os discursos sobre saúde e os dispositivos de saber/poder associados a eles em cada época.

Dessa forma, o objetivo geral nesta pesquisa foi o de investigar os discursos de mulheres de três diferentes gerações sobre corpo, saúde e doença. Pretendeu-se refletir sobre as seguintes questões: De que forma se apresentam os discursos sobre corpo, saúde e doença? Quais dispositivos de saber/poder se articulam com estes discursos? Há diferenças significativas entre os discursos sobre saúde e os dispositivos de saber/poder associados a eles em diferentes épocas (gerações)? Existem especificidades no discurso destas mulheres sobre a construção de seus corpos e sobre as modificações ocorridas na feminilidade ao longo dos tempos?

⁴ Os conceitos de Modernidade e Pós-modernidade serão tomados, nesta pesquisa, de maneira bastante simples. A Modernidade será definida em relação à Antiguidade enquanto período de tempo surgido com o Renascimento europeu, em meados do século XV, implicando uma paulatina desagregação da ordem feudal e uma consolidação da ordem capitalista, culminando no moderno Estado capitalista-industrial. Já a pós-modernidade será tomada como a mudança de uma época para a outra a partir de uma ruptura histórica comumente relacionada às transformações sociais, culturais, econômicas e políticas do início dos anos 1960, ressaltando-se, principalmente, o aumento das tecnologias de comunicação e da informática, bem como o domínio da economia de mercado capitalista e da globalização. (Coelho & Severiano, 2007)

Pode-se ressaltar que a opção por entrevistar mulheres em diferentes gerações se baseia em dois principais pilares: o primeiro refere-se à idéia de gerações, que segundo Kriegel (1978) e Debert (1998) se fundamenta em um conjunto de mudanças singulares as quais imprimem costumes e comportamentos em uma determinada parcela da população, ou seja, a geração é marcada mais por vivência de determinados eventos do que pela idade em si. “Daí falar-se em geração do pós-guerra, da televisão, de 68”. (Debert, 1998, p. 60). O outro pilar refere-se à condição feminina, a qual, segundo Lipovetsky (2000), mudou mais, no último século, do que em todos os milênios anteriores, possibilitando um novo lugar para as mulheres, e modificando sua relação com os homens.

A pesquisa foi construída a partir do método qualitativo-exploratório. Utilizou-se uma amostra de 24 mulheres sendo 8 mulheres de cada uma das três gerações. Para a interpretação dos documentos decorrentes da transcrição das entrevistas, empregou-se a Análise do Discurso (Foucault [1969, 1970]), e, como aporte teórico, foram utilizados os estudos que discorrem sobre modernidade (Foucault, [1963, 1966, 1973, 1976, 1977, 1978]), (Birman, 2007); disciplina (Foucault [1973, 1975]), (Mondardo, 2009); biopoder (Foucault, [1976, 1977, 1978]), (Machado, 2009), (Pimentel Filho & Vasconcelos, 2007) (Prado Filho & Trisotto, 2008), (Silveira, 2008), (Segre & Ferraz, 1997), (Scliar, 2007); dispositivos sexuais (Foucault [1976, 1979]), (Del Priore 1993, 2000), (Lipovetsky, 2000, 2005), (Ferraz, 2011), (Marcello, 2009), (Nunes, 2003) e os desdobramentos que se sucederam a esses estudos e que se referem à saúde na contemporaneidade (Deleuze, 1992, 2005), (Bello, 2007), (Chammé, 1996), (Coelho & Severiano, 2007), (Kristeva, 2002), (Lupton, 1997) (Pinheiro, 2006), (Rose, 2002, 2005, 2007), (Roudinesco, 2000), (Vaz, 1999, 2005, 2006).

Foucault estabeleceu seu método de estudos - a Análise dos Discursos⁵ na fase Arqueológica⁶, na qual considerou os discursos enquanto objetos de suas pesquisas. A finalidade, naquele momento, era a de conhecer o que tornava este ou aquele discurso possível, ou seja, determinados discursos eram aceitos como verdadeiros em diferentes épocas e lugares e outros, não. Para o autor, havia, em cada época, uma condição de possibilidade

⁵ A “Análise do Discurso em Foucault” será melhor discutida nos capítulos sobre o Método e sobre a Análise dos Dados.

⁶ O termo arqueologia é comumente usado para definir a primeira fase da Obra de Foucault. Segundo Revel (2005), uma arqueologia não é uma “história”. Nesta fase, Foucault opera com diferentes dimensões (filosófica, econômica, científica, etc) a fim de obter as condições de emergência dos discursos de saber de uma determinada época. Para isso, utiliza-se de recortes históricos precisos a fim de descrever não somente a maneira pela qual os diferentes saberes locais se determinam a partir da constituição de novos objetos que emergiram num certo momento, mas como eles se relacionam entre si e desenham de maneira horizontal uma configuração epistêmica coerente. (Revel, 2005, p. 16).

para o aparecimento de determinados saberes, possibilitando o que pode ser pensado e o que pode ser dito.

É importante ressaltar que a divisão mais comumente encontrada na literatura sobre a obra foucaultiana comporta três períodos: Arqueologia do saber, Genealogia do poder e Genealogia da moral. Cada um destes períodos é distinto entre si, mas apresentam aproximações e se articulam.

No período arqueológico, segundo Muchail (2004), os discursos eram tomados como fatos. Não havia o objetivo de buscar sua origem ou seu sentido secreto, mas a forma como os discursos emergiam, como funcionavam, como se modificavam e como influenciavam o surgimento de novos discursos. O que se pretendia era analisar o jogo de regras que possibilitava o aparecimento e até mesmo o desaparecimento dos discursos. (p. 12)

Num segundo momento, o da Genealogia⁷, foi que o “poder” surgiu nos estudos de Foucault. Ou melhor, “os efeitos de verdade que este poder produz, transmite e que, por sua vez, reproduzem-no”. Foi com a Genealogia do poder que os estudos sobre o homem ganharam o acréscimo de uma nova relação: “trata-se, agora, de evidenciar as articulações entre saber e poder, mediados, por assim dizer, pelo que podemos chamar de modos de produção de verdade” (p. 14).

Entende-se, portanto, que a arqueologia do saber e a genealogia do poder acabam se complementando. O método e os estudos de Foucault, principalmente a transição da arqueologia para a genealogia, apontam para uma ampliação: “(...) de análises quase sempre mais preocupadas com discursos ou interdiscursos passa a priorizar seu cruzamento com a trama das instituições e práticas sociais, como faz principalmente em sua história do nascimento das prisões (...)” (p. 14).

Com o livro **Vigiar e Punir** [1975] (2009), os estudos foucaultianos sobre os efeitos de poder sobre os corpos se tornaram mais proeminentes. Para o autor, foi a partir da disciplinarização que se instauraram poderes minuciosos sobre os corpos (microfísicas do poder). Machado (2009), afirma que os micropoderes não se constituem pela repressão. Eles são uma espécie de poder “positivo”. “E é justamente esse aspecto que explica o fato de ele ter como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-

⁷ Genealogia foi o termo que Nietzsche usou para descrever seu estudo de conceitos morais. Foucault usou o termo para descrever sua análise histórica de inúmeros “saberes” (literatura, medicina, psicologia). A genealogia, através da análise da diversidade e da dispersão, procura restituir os acontecimentos a sua singularidade, relacionando-os a aspectos relativos à ontologia histórica, às formas de poder e nas relações com a moral. (Revel, 2005, p. 52/53)

lo.” (p. 172). Pode-se depreender, a partir dos estudos sobre biopolítica e biopoder⁸ de Foucault, que o corpo e a vida do homem se tornaram alvo de diversos dispositivos de saber/poder (disciplina, controle, risco, sexualidade e cuidados com a saúde).

Nesses estudos, Foucault [1978] (2008) considerou que os discursos médicos eram respaldados, desde a modernidade, pela racionalidade e cientificidade e se constituíam como *regimes de verdade*⁹. Para o autor, existem regimes de verdade inerentes a cada época. “Estes regimes vêm mostrar por quais interferências um conjunto de práticas se tornam um dispositivo de saber-poder, uma verdade incontestável.” (p. 26).

Foucault [1963] (2008) já sugeria que, a cada modificação na *epistême*¹⁰, surgiam novas formas de se adoecer. Para o autor, as doenças variam com as épocas e os lugares e, conseqüentemente, os conceitos de saúde e doença, da mesma forma que as noções de homem e de corpo, vão sendo construídas e reconstruídas ao longo dos tempos em função dos regimes de verdade.

A ciência médica, segundo o autor, pretendia naturalizar a doença, ou melhor, o corpo. Acreditava-se que a racionalidade científica seria capaz de conhecer as forças da natureza e de agir sobre elas.

Porém, a perfeição dos corpos decorrente da vigilância não ocorreu. O que se observa é que esta vigilância, juntamente com as novas tecnologias médicas e com as políticas

⁸ Biopolítica e biopoder são conceitos foucaultianos que se entrecruzam. Por biopolítica pode se designar a maneira pela qual o poder tende a se transformar, entre o fim do século XVIII e o começo do século XIX, a fim de governar não somente os indivíduos por meio de certo número de procedimentos disciplinares, mas o conjunto dos indivíduos da população. A biopolítica, por meio dos biopoderes locais, se ocupará, portanto, da gestão da saúde, da higiene, da alimentação, da sexualidade, da natalidade, etc, na medida em que elas se tornaram preocupações políticas (Revel, 2005, p. 26). Quanto ao biopoder, pode-se entendê-lo, literalmente, dentro da dinâmica da biopolítica, como poder sobre a vida. Na Modernidade, o antigo direito do soberano de fazer morrer ou deixar viver é substituído pelo controle das vidas. O poder, a partir do século XVII, organizou-se em torno da vida, sob duas formas principais: as disciplinas (uma anátomo-política do corpo humano) e uma biopolítica da população (corpo-espécie). (Castro, 2009, p. 57).

⁹ Embora a filosofia moderna, desde Descartes, tenha sido sempre ligada ao problema do conhecimento, isto é, à questão da verdade, Foucault desloca esse lugar: (...) Não é mais: qual o caminho mais certo da verdade? Mas qual foi o caminho fortuito da verdade?. Trata-se, conseqüentemente, de reconstituir uma verdade produzida pela história e isenta de relações com o poder, identificando ao mesmo tempo as coerções múltiplas e os jogos, na medida em que cada sociedade possui seu próprio regime de verdade, isto é, “os tipos de discursos que acolhem e fazem funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros ou falsos, a maneira como uns e outros são sancionados; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o poder de dizer aquilo que funciona como verdadeiro” (Revel, 2005, p. 86).

¹⁰ Por *epistême*, Foucault designa, na realidade, um conjunto de relações que liga tipos de discursos e que corresponde a uma dada época histórica: “são todos esses fenômenos de relações entre as ciências ou entre os diferentes discursos científicos que constituem aquilo que eu denomino a *epistême* de uma época” (Revel, 2005, p. 41).

sociais de epidemiologia, conseguiu, atualmente, “transmutar” esse corpo, e, conseqüentemente, os conceitos de saúde e doença tornam-se cada vez mais voláteis.

Considerando que ocorrem, constantemente, mudanças no que será validado como saúde e doença em nossa sociedade é que se desenvolveu esta pesquisa.

O capítulo seguinte refere-se ao estudo teórico realizado. Este se divide em três subcapítulos onde foram apresentados o histórico da vida e obra de Foucault, os temas relativos à modernidade e pós-modernidade em relação a corpos, saúde/doença e produções de subjetividades e, por último, as questões sobre o feminino.

Em seqüência, no capítulo 3, apresentar-se-á o método, dando destaque ao modelo de estudo desta pesquisa, aos sujeitos, instrumentos, procedimentos e tratamento dos dados.

O capítulo 4 apresenta o perfil das mulheres e descreve os discursos obtidos a partir das entrevistas.

A discussão dos resultados (Análise dos Discursos), feita a partir do aporte teórico, será apresentada no capítulo 5.

Para finalizar, passou-se às considerações finais, alcançadas a partir do entrecruzamento entre os estudos teóricos e os dados obtidos com as entrevistas. Ressaltam-se as questões iniciais nas quais se pretendia problematizar a produção dos corpos e a construção social do binômio saúde-doença.

2 - REFERENCIAL TEÓRICO

A importância da obra de Michel Foucault [1926-1984] para a atualidade é cada vez mais evidente. Seus escritos influenciaram as teorias clássicas sobre o poder, a política e o Estado, e o autor tem figurado como um dos grandes pensadores da contemporaneidade.

A personalidade inquieta e o contexto intelectual no qual o autor se desenvolveu (um dos mais ricos de nossa história cultural) deixam clara a dificuldade que se tem diante da variedade de pesquisas e estudos sobre o mesmo. A quantidade de textos escritos por e sobre ele, bem como a diversidade de sua obra (livros, entrevistas, debates, palestras, aulas, etc) tornam complexa a sistematização de seus escritos.

Por outro lado, a riqueza decorrente da diversidade de temas e de instituições com as quais Foucault articulou seus estudos sobre as relações de poder justifica a escolha das teorias deste autor como base para se pensar as relações entre corpo, gênero, saúde e doença enquanto construções sociais.

A revisão teórica está dividida em três subcapítulos. O primeiro se reduz a um breve histórico da vida e da obra de Foucault, dando relevância aos períodos Arqueológico e Genealógico os quais explicitarão a Análise dos Discursos. Em seguida, foram desenvolvidos os temas relativos à disciplinarização dos corpos, à sociedade de controle, ao biopoder, à biopolítica e aos processos de construção da subjetividade. O terceiro reflete o caminho percorrido pelas mulheres na Modernidade e Pós-modernidade, articulando-o ao dispositivo da sexualidade enquanto um dispositivo de controle dos corpos e de gênero. Enfim, enquanto biopoder e biopolítica.

2.1 - História da vida e da obra de Foucault

Foucault nasceu em *Poitiers*, na França, em 15 de outubro de 1926, em uma família tradicional de médicos. O pai de Foucault, um cirurgião e professor de anatomia, sentiu-se frustrado, ao ver o filho se interessar por história e filosofia. (Strathern, 2003)

Ingressou na *École Normale* em 1946 e, após dois anos, graduou-se em Filosofia na Universidade de *Sorbonne*. Posteriormente, em 1949, Foucault se diplomou em Psicologia e concluiu seus Estudos Superiores de Filosofia, com uma tese sobre *Hegel*, sob a orientação de *Jean Hyppolite*.

Lecionou psicologia e filosofia em várias universidades, na Alemanha, Suécia, Tunísia, Estados Unidos, entre outros países. Escreveu para diversos jornais e trabalhou durante muito tempo como psicólogo em hospitais psiquiátricos e prisões.

Viajou o mundo fazendo conferências. Em 1955, mudou-se para a Suécia, onde conheceu *Dumézil*¹¹. Este contato foi importante para a evolução do pensamento de Foucault. Conviveu com intelectuais importantes como *Jean-Paul Sartre*, *Jean Genet*, *Canguilhem*, *Gilles Deleuze*, *Merlau-Ponty*, *Henri Ey*, *Lacan*, *Binswanger*, entre outros. (Nicolazzi, 2002).

A fase mais produtiva de Foucault, no sentido acadêmico, começou aos 28 anos, quando, em 1954, publicou o livro **Doença Mental e Psicologia**, mas foi com **História da Loucura** em 1961, sua tese de doutorado na *Sorbone*, que se firmou como Filósofo. Neste livro, analisou as práticas dos séculos XVII e XVIII que levaram à exclusão do convívio social os “desprovidos de razão”.

A partir desse momento, Foucault iniciou a fase Arqueológica de sua obra.

2.1.1 – Arqueologia

Segundo Revel (2005), o termo arqueologia apareceu três vezes nos títulos da obra de Foucault: em **O Nascimento da clínica** - Uma arqueologia do olhar médico [1963], em que Foucault foi o arqueólogo da visão médica; em **As palavras e as coisas** – Uma arqueologia das ciências humanas [1966], e em **A Arqueologia do Saber** [1969] onde faz Uma arqueologia dos saberes em geral.

Embora não seja tradicionalmente mencionado, esse mesmo termo apareceu realmente pela primeira vez em sua tese de doutorado e livro **História da Loucura** no qual faz sua Arqueologia do silêncio imposto aos loucos.

Para Foucault [1969] (2009), uma arqueologia não é uma “história”. O que se pretende é descrever o discurso como produto que se constitui a partir de determinadas condições. Busca definir os próprios discursos enquanto práticas que obedecem a regras. A

¹¹ Dumézil foi um antropólogo e filólogo contemporâneo de Foucault e também lecionou no *Collège de France*. Foi responsável pela criação de uma nova abordagem na ciência da mitologia comparada, com base num quadro teórico inspirado na obra do sociólogo francês Émile Durkheim e no seu conceito fundamental de "representações coletivas" aplicado à relação entre sociedade e mitologia. Promoveu, assim, a construção de uma atribuição de sentido, de manutenção da ordem social, sendo estas, segundo Dumézil, as funções cruciais da dimensão religiosa e mitológica nas sociedades Indo-europeias.

arqueologia não é uma interpretação ou uma busca por um discurso oculto. Ela não pretende definir os pensamentos, os temas. (p. 157)

Na fase arqueológica, o autor enfatizava diferentes vertentes (filosófica, econômica, científica) para compreender as condições de emergência dos discursos. Para isso, utilizava-se de recortes históricos precisos, “(...) a fim de descrever não somente a maneira pela qual os diferentes saberes se determinaram a partir da constituição de novos objetos que emergiram num certo momento, mas como eles se relacionam entre si e desenham de maneira horizontal uma configuração epistêmica coerente.” (Revel, 2005, p. 16).

Na última obra dessa fase, **A Arqueologia do Saber** [1969], Foucault explicitou o conceito de *énoncé* (enunciado) e expôs os princípios de sua “Análise do Discurso”. Para o autor, os enunciados não são apenas frases gramaticais e só podem ser entendidos dentro de uma prática discursiva na qual se produza “prestígio de verdade”. O método arqueológico buscava descobrir e descrever as regras que dirigem os discursos e entender como estes se produziam.

Consiste em não mais tratar os discursos como conjuntos de signos (elementos significantes que remetem a conteúdos ou a representações), mas como práticas que formam sistematicamente os objetos de que falam. Certamente os discursos são feitos de signos; mas o que fazem é mais que utilizar esses signos para designar coisas. É esse *mais* que os torna irredutível à língua e ao ato de fala. É esse “mais” que é preciso fazer aparecer e que é preciso descrever (Foucault, [1969] (2009), p. 55).

Até 1969, Foucault concentrou seus estudos na articulação das relações entre os meios discursivos e não discursivos na constituição dos saberes, seja no que se refere à enunciação do louco ou na racionalidade dos saberes científicos modernos na sociedade ocidental.

A obra **A Ordem do Discurso**¹² [1970] (2009) foi considerada como momento de transição da fase arqueológica para a fase genealógica de Foucault. Embora tenha sido mantido o discurso como tema, percebe-se que esse apareceu como produto de algo exterior a ele. Neste momento, Foucault passou a considerar as relações entre discurso/poder/saber.

Essa transição não foi direta e absoluta como frequentemente se pensa: a segunda não suprimiu a primeira. A história dos sistemas de pensamento (nome da cadeira que Foucault assumirá em 1970 no *Collège de France*) foi o ponto de convergência, mais do que a

¹² O livro **A Ordem do Discurso** originou-se da aula inaugural de Foucault no *Collège de France* em 2 de dezembro de 1970.

transição, entre os posicionamentos arqueológico e genealógico. Se no primeiro período (arqueológico) Foucault havia estudado os saberes e a linguagem, passou a investigar, em seguida, as relações microfísicas da história.

2.1.2 – Genealogia

Iniciada cronologicamente em 1970, a nova fase, genealogia do poder, refletiu os estudos de Foucault no campo do poder e da política. Esta mudança foi percebida após a eleição de Foucault, em abril de 1970, para assumir a cadeira de história dos sistemas de pensamento no *Collège de France*, onde elaborou uma série de cursos sobre a sociedade ocidental. Em sua aula inaugural, em 2 de dezembro de 1970, expôs os fundamentos teóricos da história dos sistemas de pensamento, a Análise do Discurso, a qual enfatizava os acontecimentos não isoladamente, mas a partir da série da qual fazem parte. Os discursos enquanto acontecimentos interessavam à história dos sistemas de pensamento na medida em que podiam ser inseridos em séries que permitiam circunscrever o lugar do acontecimento às margens de sua contingência e as condições de sua aparição. (Nicolazzi, 2002, p. 12).

Suponho que em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (...) Em uma sociedade como a nossa, conhecemos, é certo, procedimentos de exclusão. O mais evidente, o mais familiar também, é a interdição. Sabe-se 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 de qualquer coisa. Tabu do objeto, ritual da circunstância, direito privilegiado ou exclusivo do sujeito que fala: temos aí o jogo de três¹³ tipos de interdições que se cruzam, se reforçam ou se compensam. (...) Por mais que o discurso seja aparentemente bem pouca coisa, as interdições que o atingem revelam logo, rapidamente, sua ligação com o desejo e com o poder (...) (Foucault, [1970] 2009, p. 9).

O período genealógico foi o momento em que os discursos foram analisados segundo práticas e instituições diversas, inserindo-se nas relações de poder e não só como lugar de expressão de um saber. Neste momento, os discursos passaram a se articular, principalmente, aos regimes de verdade e à microfísica do poder.

¹³ Sobre os três tipos de interdições referidos neste trecho, ver Foucault, [1970] 2009, p. 8-11.

Quanto ao aspecto genealógico, este concerne à formação efetiva dos discursos, quer no interior dos limites do controle, quer no exterior, quer, a maior parte das vezes, de um lado e de outro da delimitação. A crítica analisa os processos de rarefação, mas também de reagrupamento e de unificação dos discursos; a genealogia estuda sua formação ao mesmo tempo dispersa, descontínua e regular. Na verdade, estas duas tarefas não são nunca inteiramente separáveis; não há de um lado as formas de rejeição, da exclusão, do reagrupamento ou da atribuição; e de outro, em nível mais profundo, o surgimento espontâneo dos discursos, que logo antes ou depois de sua manifestação são submetidos à seleção e ao controle. A formação regular do discurso pode integrar, sob certas condições e até certo ponto, os procedimentos do controle (...) e, inversamente, as figuras do controle podem tomar corpo no interior de uma formação discursiva (...): de sorte que toda tarefa crítica, pondo em questão as instâncias do controle, deve analisar ao mesmo tempo as regularidades discursivas através das quais elas se formam. E toda descrição genealógica deve levar em conta os limites que interferem nas formações reais. (Foucault, [1970] 2009, p. 65).

Para Foucault [1969] (2009), o discurso sugere diferentes formas de estruturar as áreas do conhecimento e práticas sociais. Eles não só refletem ou representam entidades e relações sociais como as constroem ou as constituem. Diferentes combinações de discursos relativos a mudanças sociais específicas produzem um novo e complexo discurso. Tratava-se de compreender como em todo discurso se manifestava um saber e de como este se articulava com o poder. “O poder, longe de impedir o saber, o produz”. (p. 209)

Portanto, foi a partir da década de 1970 e com a Genealogia que Foucault passou a articular outro plano de trabalho, no qual passou a potencializar a compreensão dos mecanismos de controle. “Empreendeu no *Collège de France* uma análise dos poderes: os saberes visados enquanto poderes e a descrição do poder nas instituições supostamente não-políticas, nas práticas discursivas.” (Pimentel Filho & Vasconcelos, 2007, p. 4). Começava a ser desenvolvida a Genealogia do poder.

A genealogia foi, segundo os autores, uma noção que, desenhada a partir das análises sobre a sociedade europeia ocidental entre os séculos XVII e XIX, encontrava ressonância em outros espaços, como nos Estados Unidos e eventualmente no leste europeu.

Conforme explicitado anteriormente, a genealogia e a arqueologia acabam se complementando. Foucault não invalidou a primeira, mas partiu para outra questão:

Seu objetivo não é principalmente analisar as compatibilidades e incompatibilidades entre saberes a partir da configuração de suas positivities; o que pretende, em última análise, é explicar o aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidades externas aos próprios saberes, ou melhor, que imanentes a eles – pois não se trata de considerá-los como efeito ou resultante –, os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente política. É essa análise dos saberes, que pretende explicar sua existência e suas transformações situando-os como peças

de relações de poder ou incluindo-os em um dispositivo político, que utilizando um termo nietzschiano Foucault chama “genealogia”. (Machado, 2009, p. 167).

Para Machado (2009), o que se nota no termo genealogia é a ideia de que a questão central das novas pesquisas é o poder e sua importância para a constituição dos saberes. Importava explicitar que os poderes não estavam localizados em nenhum ponto específico da estrutura social. Não existiam os que detinham e os que não detinham o poder. O que existia eram práticas ou relações de poder funcionando como uma maquinaria. Não dizia respeito à lei ou à repressão. O essencial na genealogia era a relação entre saber e poder, os quais se constituíam reciprocamente: “(...) todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber”. (p. 177).

Um dos principais livros que refletiu a convergência entre arqueologia e genealogia, explicitando o estudo dos discursos e das práticas institucionais, foi **Vigiar e Punir** [1975]. Um amplo estudo sobre a disciplina na sociedade moderna¹⁴. Para o autor, trata-se de uma técnica de produção de corpos dóceis. Foucault analisou os processos disciplinares empregados nas prisões, considerando-os exemplos da imposição às pessoas, a padrões "normais" de conduta estabelecidos pelas ciências sociais. A partir deste trabalho, explicitou-se a noção de que as formas de pensamento são também relações de poder, que implicam a coerção e imposição. Assim, é possível lutar contra a dominação representada por certos padrões de pensamento e comportamento, sendo, no entanto, impossível escapar completamente a todas as relações de poder.

A fase genealógica de Foucault foi considerada uma das mais produtivas. Foi, a partir do estudo sobre as prisões em **Vigiar e Punir** [1975], que surgiram conceitos fundamentais sobre a política do corpo e a compreensão das condutas que sobre ele se operam constantemente em sociedade, como: disciplina, vigilância, normatização, biopoder, biopolítica, entre outros.

2.1.3 – A obra inacabada

À genealogia do poder seguiu-se a genealogia da moral ou genealogia do sujeito. Esta surgiu em um período conturbado da vida de Foucault, decorrente das críticas recebidas

¹⁴ Este tema será devidamente desenvolvido na próxima seção.

por **História da sexualidade I**, em 1976. Após um período de sete anos de longo silêncio, reelaboração do método e surgimento de um novo posicionamento, Foucault proferiu as conferências **Verdade e Subjetividade** [1980]. Nelas, foram apresentados os pressupostos da genealogia do sujeito ou genealogia da moral. “Toma-se, assim, uma dimensão política diferente, entendida agora, como uma "análise relativa àquilo que estamos dispostos a aceitar no nosso mundo, a recusar e a mudar, tanto em nós próprios quanto nas nossas circunstâncias." (Nicolazzi, 2002, p. 17).

Foucault teve vários contatos com diversos movimentos políticos. Engajou-se nas disputas políticas nas Guerras do Irã e da Turquia. O Japão foi também um local de discussão para Foucault. Os Estados Unidos também o atraíram em decorrência do apoio à liberdade intelectual e em função da cidade de São Francisco, onde Foucault pôde vivenciar algumas experiências marcantes em sua vida pessoal no que se referia à sua sexualidade.

Foucault esteve no Brasil, pela primeira vez, em 1965, a convite de *Gerard Lebrun*, seu aluno na Escola Normal em 1954 e em vários outros momentos. Foi no Brasil que pronunciou as importantes conferências sobre **A verdade e as formas jurídicas** [1973], na PUC do Rio de Janeiro.

Na tentativa de resumir seu projeto intelectual, Foucault, em entrevistas feitas no fim dos anos 70 e início dos anos 80, sistematizou seus estudos tendo como ponto de convergência a preocupação com a verdade e com o sujeito: a desobjetivação do louco, o assujeitamento nas prisões e a constituição do sujeito na Grécia Antiga.

O autor deixou inacabado seu mais ambicioso projeto, *História da Sexualidade*, em que pretendia mostrar como a sociedade ocidental faz do sexo um instrumento de poder, não por meio da repressão, mas da expressão. O primeiro dos seis volumes anunciados, **História da Sexualidade I - A Vontade de Saber** foi publicado em 1976, despertando duras críticas. Em 1984, pouco antes de morrer, publicou outros dois volumes, rompendo um silêncio de oito anos: **História da Sexualidade II - O Uso dos prazeres**, que analisa a sexualidade na Grécia Antiga e **História da Sexualidade III - O cuidado de si**, que trata da Roma Antiga. (Nicolazzi, 2002, p. 19).

Em 25 de junho de 1984, em função de complicações provocadas pela AIDS, Foucault morreu, aos 57 anos, em plena produção intelectual.

A trajetória de Foucault, embora tenha ficado inacabada, é vasta e seus estudos figuram-se como de muito interesse para diversas áreas do conhecimento. Tendo em vista que

o objetivo desta pesquisa são os discursos sobre o binômio saúde-doença, serão desenvolvidos nas próximas seções os temas foucaultianos que possam auxiliar no entendimento das construções sociais do corpo, de gênero, da saúde e da doença.

2.2 – Modernidade e Pós-modernidade: os discursos sobre o corpo, a disciplina, o controle... a saúde

Os estudos decorrentes da arqueologia e da genealogia levaram Foucault a analisar os discursos enquanto produtores e produtos dos saberes e dos poderes. Com a atenção voltada às formações discursivas, ele visava mostrar que o poder não tinha, necessariamente, sua origem no Estado, mas se expandia por toda a sociedade, assumindo uma diversidade de formas, que atingiam concretamente os indivíduos através de seus corpos. A aquisição de poderes minuciosos sobre os corpos foi possível pelo que Foucault denominou microfísicas do poder. Estas significam um deslocamento tanto do espaço da análise quanto do nível em que se efetuavam. (Machado, 2009. p. 168).

Para o autor, como os micropoderes não se constituem pela repressão, eles acabam se tornando uma espécie de poder positivo. “E é justamente esse aspecto que explica o fato de eles terem como alvo o corpo humano, não para supliciá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, adestrá-lo.” (p. 172).

Foi a esse tipo específico de poder que Foucault [1975] (2009) chamou de disciplina ou poder disciplinar. Referindo-se a elas, o autor afirma:

Não se trata de fazer aqui a história das diversas instituições disciplinares, (...). Mas de localizar apenas numa série de exemplos algumas das técnicas essenciais que, de uma a outra, se generalizaram mais facilmente. Técnicas sempre minuciosas, muitas vezes íntimas, mas que têm sua importância: porque definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova “microfísica” do poder; e porque não cessaram, desde o século XVII, de ganhar campos cada vez mais vastos, como se tendessem a cobrir o corpo social inteiro. Pequenas astúcias dotadas de grande poder de difusão, arranjos sutis, de aparência inocente, mas profundamente suspeitos, dispositivos que obedecem a economias inconfessáveis, ou que procuram coerções sem grandeza, (...). (Foucault, [1975] (2009), p. 134).

Os vários enunciados sobre o corpo evidenciavam uma pluralidade de regimes de verdade. Regimes que vinham mostrar por quais interferências todo um conjunto de práticas tornava-se um dispositivo de saber/poder (uma verdade “incontestável”) que legitima o verdadeiro e o falso, enquanto marca efetiva do “real”. (Foucault, [1978] 2008, p. 26).

Na atualidade, esse “real” é respaldado pela cientificidade, pela racionalidade e pela verdade da mensuração. Surgem corpos disciplinados, excluídos, delinquentes, enlouquecidos, patologizados. E, além dos enunciados, inúmeras formações discursivas sobre o corpo são desenvolvidas: a biologia, a psicologia, a medicina, a religião, a acupuntura, a astrologia, entre outras. (Chammé, 1996, p. 72).

Entende-se que Foucault não estudou os discursos sobre o corpo de maneira linear ou pela sucessão histórica dos acontecimentos, mas relacionando-os a certos arranjos e rearranjos e a um campo de causalidades circulares.

Portanto, foi a partir das formações discursivas do corpo, da vida, da sexualidade e do homem em seus efeitos de subjetivação, com especial referência à constituição discursiva do sujeito como ser psicológico e como “dono” de seu próprio corpo, destacando os dispositivos de poder que se exerceram sobre este (disciplina, controle, risco, cuidados com a saúde e com a sexualidade) que serão desenvolvidas as três próximas seções.

A primeira apresenta a entrada do corpo humano como objeto de estudos das ciências da modernidade. A segunda refere-se à sociedade disciplinar descrita por Foucault e suas interposições em relação à saúde e à produção de subjetividades. Por último, serão ressaltados os desdobramentos, que na pós-modernidade, culminarão na sociedade de controle/risco onde as subjetividades e os corpos se pautam em um mesmo ideal: a perfeição da saúde e o espetáculo.

2.2.1 – A Modernidade descobre o corpo humano

Foucault apontou em **As Palavras e As Coisas** [1966] (2007), ao estudar a arqueologia das ciências humanas, três grandes fases do pensamento ocidental: a Renascença - por volta do século XVI, a Época Clássica - séculos XVII e XVIII e a Modernidade - séculos XIX e XX. (Silveira, 2008, p. 735).

Até o fim do século XVI, na Renascença, o homem era considerado pela ciência da época como parte semelhante ao macrocosmo. Construía-se o homem feito o “espelho do mundo”. (Foucault, [1966] 2007, p. 33). Com a Época Clássica, séculos XVII e XVIII, houve uma desvalorização dessa semelhança entre o homem e o macrocosmo. As ciências traziam consigo o projeto de uma colocação em ordem que tinha como intuito estabelecer uma

taxonomia da diversidade da vida no planeta. A tarefa era a de ordenar a grande criação celestial. (Silveira, 2008, p. 737)

A própria noção, tão difundida atualmente, de “corpo x alma” ainda não se manifestara como fonte de estudos. O homem não existia enquanto produção do conhecimento, mas apenas como espécie ou gênero catalogável pelas ciências naturais (Foucault, [1966] (2007), p. 427).

Quando a história natural se torna biologia, quando a análise das riquezas se torna economia, quando, sobretudo, a reflexão sobre a linguagem se faz filologia e se desvanece esse discurso clássico em que o ser e a representação encontravam seu lugar-comum, então, no movimento profundo de uma tal mutação arqueológica, o homem aparece com sua posição ambígua de objeto para um saber e de sujeito que a conhece. (Foucault, [1966] (2007), p. 430).

Durante o Classicismo, a natureza surgiu como uma multiplicidade de reinos a serem esquadrihados, mas o homem continuou sem espaço enquanto categoria distinta dos demais animais. Em seguida, a Modernidade veio estabelecer novos horizontes de racionalidade, criando campos de produção e de dispersão de discursos ao redor da questão do homem como medida de todas as coisas. (Silveira, 2008, p. 738)

Nota-se, portanto, que foi somente com a Modernidade que o homem se tornou espécie central na História. Observa-se, também, que, em conjunto com esta centralidade do homem, ocorre a ascensão de diversos saberes científicos, os quais tiveram como ponto de apoio o corpo do homem moderno. O corpo se tornou enunciado.

A partir da Modernidade, então, verifica-se uma proliferação de campos de verdades sobre o que é o corpo humano, o qual é focado sobre os mais diversos saberes emergentes: a medicina, a biologia, a antropologia, as ciências sociais, a economia, a demografia, a psiquiatria, o direito, a psicologia, a higiene, a política e outros. Neste contexto, o corpo passa por dois deslocamentos transformadores de sua disposição no campo dos discursos. Por um lado, foi a partir da Modernidade que o corpo obteve um “status” de profundidade a ser discursivamente vasculhada, definida e explorada, de forma que a tridimensionalidade dos corpos passa a ser validada como contexto epistemicamente passível de se tornar objeto de pesquisa. (Silveira, 2008, p. 739).

A Modernidade valorizou o corpo humano, e este se tornou o lugar de conhecimento e também de desconhecimento. Inaugura-se um novo discurso sobre os corpos. Inaugura-se a produção dos corpos.

No pensamento moderno, o que se revela no fundamento da história das coisas e da historicidade própria ao homem é a distância que escava o mesmo, é o afastamento que o dispersa e o reúne nos dois extremos dele mesmo. É essa profunda

espacialidade que permite ao pensamento moderno sempre pensar o tempo – conhecê-lo como sucessão, prometé-lo a si mesmo como acabamento, origem ou retorno. (Foucault, [1966] (2007), p. 470).

Foucault [1975] (2009) afirmava que: “em qualquer sociedade, o corpo estava preso no interior de poderes muito apertados, impondo limitações, proibições ou obrigações” (p. 132). A partir dos regimes de verdade e das microfísicas do poder, depreendeu-se que a manipulação dos corpos é sempre perpassada por dispositivos de poder. Na modernidade, o corpo era investido: o corpo era manipulado, era modelado, treinado. Ele obedecia, respondia e se tornava hábil e suas forças se multiplicavam.

Foi, sem dúvida, com a Modernidade que se desenvolveu a tecnologia de produção de corpos. A esta manipulação dos corpos, ocorrida nos séculos XVII e XVIII, Foucault [1975] (2009) denominou disciplinarização dos corpos. Para o autor, não era a primeira vez que se operava um controle minucioso dos corpos. Muitos processos existiam há muito tempo, porém estes se restringiam aos conventos, exércitos e oficinas. Foi somente com o advento da Modernidade e da Industrialização que esta manipulação geral dos corpos se tornou uma estratégia de dominação, de poder. (p. 133).

(...) Forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder”, está nascendo; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. (Foucault, [1975], 2009, p.133).

A modernidade chamou a atenção do homem para o seu corpo. E mais ainda, descobriu que este corpo podia ser adestrado, disciplinado e, portanto, tornar-se objeto de conhecimento de vários domínios do saber, tais como, a economia, a medicina, a educação, a política, a psicologia e toda a multiplicidade de ciências.

Portanto, foi a partir do corpo enquanto objeto de estudos, pensado a partir da perspectiva histórico-política, como produção, que todo um aparato foi desenvolvido e usado a fim de se construir “corpos dóceis”.

2.2.2 – A Modernidade e a disciplina: corpos dóceis e subjetividades vigiadas

Foucault referiu-se à modernidade como sociedade disciplinar. Para ele, o poder disciplinar era a expressão de um aparato montado para a produção de indivíduos e populações, além de sua organização produtiva.

Obviamente, a sociedade disciplinar não apareceu subitamente. Houve um processo paulatino de desagregação da ordem feudal e a consolidação da ordem capitalista, o que significou uma progressiva diferenciação das esferas econômica e administrativa do mundo social, as quais influenciaram toda a produção e disciplinarização dos corpos, culminando no moderno Estado capitalista-industrial. É importante lembrar que o homem moderno nasceu entre os séculos XVI e XVIII, pois, até então, toda a noção de corpo e de homem era de outra ordem.

O homem moderno pode ser encarado como um homem separado de si mesmo, dos outros e do cosmos. Destituído dos laços de compromissos mútuos de produção, cooperação e lealdade do regime feudal, acabou se tornando “forçosamente livre” para vender seu corpo e tornou-se o trabalhador do capitalismo. (Coelho e Severiano, 2007, p. 85).

A desagregação da ordem feudal, o advento da Revolução Industrial (1750) e a emergência de modernas tecnologias de produção acabaram solicitando cada vez mais o corpo do trabalhador como peça constituinte da engrenagem industrial capitalista.

Sobre os dispositivos disciplinares, Foucault [1973] (2006) afirmou que eles vieram de longe, uma vez que já funcionavam na sociedade soberana e, historicamente, poderiam ser encontrados essencialmente nas comunidades religiosas, na disciplinarização da juventude escolar e na constituição do Exército. Porém, foi somente com o advento da Modernidade e do capitalismo, que a disciplina corporal militar foi recodificada para o plano civil, através da medicina e difundida em toda a sociedade disciplinar, transformando corpos em corpos-máquina, em corpos dóceis.

Dessa forma, Foucault analisou a história da modernidade, demonstrando que nesta emergem as articulações entre o poder e a vida. Para ele, as disciplinas inauguraram discursos próprios sobre o homem como corpo, indivíduo e espécie. O biopoder e a biopolítica.

O biopoder e a biopolítica se apresentaram não somente vindas do Estado. Ocorreram em diversas organizações: na escola, na família, no hospital, no Exército.

Esse poder sobre a vida, biopoder, desenvolveu-se a partir do século XVII em dois polos que se interligavam: a disciplina dos corpos e a regulação das populações. Essa tecnologia anatômica e biológica foi ao mesmo tempo individualizante e totalizante e sua função mais elevada era investir na vida de cima a baixo. (Foucault, [1975] (2009), p.151). Por mais paradoxal que a princípio possa parecer, as técnicas individualizantes faziam parte de uma estratégia coletiva. As diversas estratégias de saúde operavam como este dispositivo: ao mesmo tempo individualizante e normativo/coletivo.

Em **Segurança, território, população**, Foucault [1977] (2008) discorreu sobre a prática governamental, a racionalidade política (liberalismo) e conseqüentemente o controle da população a partir de práticas, tais como: saúde, higiene, natalidade. Enfim, a população como máquina de produção de riquezas devia ser “controlada” pelo governo, também a partir de técnicas sutis de cuidado da população – a biopolítica.

Pode-se, então, genericamente, definir o biopoder como o poder sobre a vida e a biopolítica, como a estratégia sutil de controle dos corpos (da vida) a partir do cuidado com a população. Foi a partir da modernidade e da biopolítica que se pôde falar sobre o controle da população a partir da disciplinarização dos corpos.

A disciplinarização dos corpos, segundo Foucault [1975] (2009), ocorreu como a figura do soldado: “o soldado é, antes de tudo, alguém que se reconhece de longe; que leva os sinais naturais de seu vigor e coragem, as marcas também de seu orgulho: seu corpo é o brasão de sua força e de sua valentia:” (p. 131). A disciplina que pretendeu docilizar o corpo foi uma “anatomia política do detalhe.” (p. 134). Foi com a racionalização utilitária do detalhe que se desenvolveu a disciplinarização dos corpos.

A minúcia dos regulamentos, o olhar esmiuçante das inspeções, o controle das mínimas parcelas da vida e do corpo dará em breve, no quadro da escola, do quartel, do hospital ou da oficina, um conteúdo laicizado, uma racionalidade econômica ou técnica a esse cálculo místico do ífimo e do infinito. (Foucault, [1975] (2009), p. 136).

Como técnica, ela atuava distribuindo os indivíduos no espaço (cercas, clausuras, localizações funcionais - colégios, quartéis, fábricas, hospitais). “Pouco a pouco um espaço administrativo e político se articulava em espaço terapêutico; tendia a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes”. (p. 139). As disciplinas acabavam criando espaços complexos, que marcavam lugares, indicavam valores, garantiam a

obediência e, finalmente propiciavam uma melhor economia do tempo e dos gestos: “(...) o máximo de rapidez encontra o máximo de eficiência” (p. 148).

Em resumo, pode-se dizer que a disciplina produz, a partir dos corpos que controla, quatro tipos de individualidade, ou antes, uma individualidade dotada de quatro características: é celular (pelo jogo da repartição espacial), é orgânica (pela codificação das atividades), é genética (pela acumulação do tempo), é combinatória (pela composição das forças). E, para tanto, utiliza quatro grandes técnicas: constrói quadros; prescreve manobras; impõe exercícios; enfim, para realizar a combinação das formas, organiza “táticas”. A tática, arte de construir, com os corpos localizados, atividades codificadas e as aptidões formadas, aparelhos em que o produto das diferentes forças se encontra majorado por sua combinação calculada é sem dúvida a forma mais elevada da prática disciplinar. Nesse saber, os teóricos do século XVIII viam o fundamento geral de toda a prática militar, desde o controle e o exercício dos corpos individuais, até a utilização das forças específicas às multiplicadas mais complexas. Arquitetura, anatomia, mecânica, economia do corpo disciplinar. (Foucault, [1975] (2009), p. 161).

A disciplina foi a ordem necessária para a constituição dos saberes relativos à modernidade, incluindo-se o saber médico, na medida em que este se estruturava num esquema prescritivo de regularidades (do tempo, das atividades, dos gestos, dos corpos), que não era possível sem a observação exata. (Foucault, [1973], 2006).

Em **O Poder Psiquiátrico**, Foucault [1973] (2006) destacou que os sistemas disciplinares tiveram, no século XVIII, a função de ajustar os indivíduos aos aparelhos de produção do Estado e, ao mesmo tempo, controlar o acúmulo de homens e de capital. Porém, na medida em que eram normalizadores, os sistemas disciplinares faziam surgir, necessariamente, a título residual, anomalias, irregularidades, ilegalismos.

Em função das anomalias decorrentes da normalização/disciplinarização, encontra-se novamente o poder médico, responsável por normatizar, classificar, restaurar. A instância médica funcionava como poder muito antes de funcionar como saber.

Contudo, o poder médico, segundo Foucault [1973] (2006), não era o único que se exercia, pois o “poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém (...) só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial” (p. 7).

Observa-se que, ao mesmo tempo em que as disciplinas produziam corpos úteis e dóceis, elas diminuía as capacidades de resistência, já que utilizavam métodos que não remetiam à coerção e à violência e, sim, a métodos de submissão de cada um a si mesmo, ao cuidado e ao exercício (métodos, portanto, mais sutis). “Aumento do domínio de cada um sobre seu próprio corpo” (Foucault, [1975] (2009), p. 37).

O corpo também está diretamente mergulhado num campo político; as relações de poder têm alcance imediato sobre ele; elas o investem, o marcam, o dirigem, o supliciam, sujeitam-no a trabalhos, obrigam-no a cerimônias, exigem-lhe sinais. (...) o corpo só se torna força útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso. Essa sujeição não é obtida só pelos instrumentos da violência ou da ideologia; pode muito bem ser direta, física, usar a força contra a força, agir sobre elementos materiais sem, no entanto, ser violenta; pode ser calculada, organizada, tecnicamente pensada, pode ser sutil, não fazer uso de armas nem do terror, e no entanto continuar a ser de ordem física. Quer dizer que pode haver um “saber” do corpo que não é exatamente a ciência de seu funcionamento, e um controle de suas forças que é mais que a capacidade de vencê-las; esse saber e esse controle constituem o que se poderia chamar a tecnologia política do corpo. (Foucault [1975] (2009), p. 28/29).

Além da descoberta do corpo, disciplinável, adestrável e, em última análise, útil, tornou-se necessário disciplinar, também, a população.

Nos fins do século XIX e nas primeiras décadas do século XX, as grandes metrópoles foram assoladas pelas iniciativas da medicina higiênica e seus grandes planos de intervenção sanitária, com o objetivo de “esterilizar” todo o corpo social de possíveis elementos nocivos à saúde pública (Coelho e Severiano, 2007, p. 89).

A saúde passou a ser uma das técnicas mais importantes de disciplinarização da sociedade. Em **O nascimento da medicina social** [1974] (2011) Foucault afirma que:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política (anátamo-política). A medicina é uma estratégia bio-política (Foucault, [1974], 2011, p. 80).

Uma análise relevante que se pode fazer a partir da citação acima é a de que, apesar de o controle dos indivíduos estar alicerçado na produção dos “corpos dóceis”, ocorre, concomitantemente, um discurso ideológico que, em última análise, leva à produção de subjetividades - identidades e totalidades. Indivíduos livres e ao mesmo tempo geridos pela coletividade.

Foucault [1969] (2009) afirmava que os discursos constituem e são constituídos pelo mundo social. Eles não só refletem ou representam entidades e relações sociais, mas constroem-nas. “Diferentes combinações de discursos relativos a mudanças sociais específicas produzem um novo e complexo discurso.” (Nogueira, 2001, p. 27). Desta forma, pode-se depreender que os investimentos sobre o corpo ocorridos a partir da modernidade

acabam construindo, conseqüentemente, diferentes formas de subjetividade correlatas aos tipos de poder socialmente estabelecidos.

Para se analisarem os processos de subjetivação decorrentes da modernidade, é preciso reafirmar que a modernidade constituiu-se a partir da desagregação da ordem feudal e da consolidação da ordem capitalista-industrial. Para o autor, o homem, destituído dos laços de compromissos e lealdade comunitários do regime feudal, acabou se tornando “forçosamente livre” para vender seu corpo. A Revolução Industrial (1750) solicitou este corpo como peça constituinte da engrenagem industrial capitalista. Em consequência da emergência de um novo sistema político-econômico, estabeleceu-se o biopoder, o qual “(...) já não tinha como função mais elevada matar¹⁵, mas investir sobre a vida de cima a baixo.” (Foucault, [1975], 2009, p.151).

Birman (2007) faz outra colocação a respeito da modernidade. Para ele, esta foi a passagem da problemática da salvação para a da cura. A nova leitura médica substituiu a anterior leitura religiosa dos acontecimentos. As sociedades ocidentais passaram a ser permeadas pelos discursos médicos, reguladores de todas as práticas e dos laços sociais. A “medicalização” se tornou a forma total de interpretação dos acontecimentos sociais e de intervenção sobre eles. Conseqüentemente, a medicina assumiu um lugar estratégico, visto que a riqueza de um Estado não se dá apenas pelos seus recursos naturais e, sim, pela qualidade de vida de seus trabalhadores (p. 4).

Foucault [1973] (2006) evidenciava que, na medida em que o poder disciplinar se constituía como um poder normatizador, fazia surgir, a título residual, anomalias, irregularidades, ilegalismos. Para o controle das anomalias, dois sistemas de vigilância se tornam relevantes: o saber médico e o panoptismo.

A disciplina da população (biopolítica), conforme explicitado anteriormetne, é estabelecida, principalmente, pelas iniciativas da medicina higiênica e por seus grandes planos de intervenção sanitária. (Coelho e Severiano, 2007, p. 89). O panoptismo, referente ao Panóptico¹⁶ de Jeremy Bentham, por denotar uma vigilância ininterrupta, acabou se tornando

¹⁵ Sobre esta questão ler Foucault [1973] (2006).

¹⁶ O Panóptico era um edifício em forma de anel, no meio do qual havia um pátio com uma torre no centro. O anel dividia-se em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Em cada uma dessas pequenas celas, havia, segundo o objetivo da instituição, uma criança aprendendo a escrever, um operário a trabalhar, um prisioneiro a ser corrigido, um louco tentando corrigir a sua loucura, etc. Na torre havia um vigilante. Como cada cela dava ao mesmo tempo para o interior e para o exterior, o olhar do vigilante podia atravessar toda a cela; não havia nenhum ponto de sombra e, por conseguinte, tudo o que o indivíduo fazia estava

um dispositivo capaz de interiorizar a culpa, ou seja, o indivíduo, sentindo-se eternamente vigiado, acaba se auto-disciplinando e sentindo culpa e remorso quando os seus atos contrariam a ordem estabelecida pela disciplina.

O Panóptico (...) tem seu princípio não tanto numa pessoa como numa certa distribuição concertada dos corpos, das superfícies, das luzes, dos olhares; numa aparelhagem cujos mecanismos internos, produzem a relação na qual se encontram presos os indivíduos. (...) Pouco importa, conseqüentemente, quem exerce o poder. Um indivíduo qualquer, quase tomado ao acaso, pode fazer funcionar a máquina: na falta do diretor, sua família, os que o cercam, seus amigos, suas visitas, até seus criados. (...) Quanto mais numerosos esses observadores anônimos e passageiros, tanto mais aumentam para o prisioneiro o risco de ser surpreendido e a consciência inquieta de ser observado. (Foucault, [1973] (2006), p. 92).

Entende-se, portanto, que, do ponto de vista da constituição de subjetividades, o sujeito se tornou livre em relação aos laços de compromissos e lealdade do regime feudal, mas, ao mesmo tempo, tornou-se gerido pela coletividade, pela normatização, pela vigilância e pela auto-vigilância e obediente aos múltiplos discursos e recomendações médicas (de saúde).

As características da modernidade acabaram por suscitar uma forma dita “adequada” de se relacionar, de sentir, de adoecer. O poder disciplinar não destrói o indivíduo, ele o fabrica. E só o fabrica a partir de uma corporeidade, de uma racionalidade e assim o torna destituído de vida, traz o desafeto, a indiferença. O indivíduo é aquele que perde a capacidade de ser afetado pelas multiplicidades, já que elas deixam de existir. Torna-se uma nova identidade. Ou, parodiando Kristeva (2002), um número de identidade (RG). Um “normopata”.

As ações clínicas, hospitalares, ou seja, o aparato médico da modernidade caracteriza-se pela individualização dos processos de sofrimento/adoecimento. Tal individualização é necessária para que se possam estabelecer critérios de inclusão/exclusão e, conseqüentemente, de correção. As ações sobre saúde e doença podem ser entendidas como um processo de normatização, saberes que se dizem capazes de dizer o que é e o que não é normal e, portanto, de restabelecer a norma. A medicina inaugura um campo de conhecimento científico sobre o corpo, os regimes de verdade. Inaugura, pois, uma forma de poder sobre o corpo. Inaugura, dessa forma, o biopoder.

exposto ao olhar de um vigilante que observava através de persianas, de postigos semicerrados de modo a poder ver tudo sem que ninguém ao contrário pudesse vê-lo.

São geradas imposições ao comportamento coletivo enquanto indicadores ideais visando ao controle, buscando o exercício de uma pedagogia do bom comportamento sobre a coletividade em nome da manutenção do estado saudável dos sujeitos, ou do não contágio de suas enfermidades. Um processo de auto-vigilância policialesca verificadora das ordens dos seus equilíbrios orgânicos. (Chammé, 1996).

É a partir do controle sutil dos corpos e das subjetividades que as ciências da saúde tendem a agir, no domínio do saber, sem violência, constituindo formas de cuidado e higienização, ações preventivas, formas de ver e de fazer, ditadas pelos dispositivos de poder, pela ciência. Quando esta delimita um comportamento considerado saudável, um padrão “normal”, concomitantemente, surge o “anormal”, o que precisa ser modificado, domesticado, medicado, o que precisa necessariamente ser normatizado. Ou seja, a disciplina acaba produzindo resíduos e anomalias. Anomalias estas que parecem vir se modificando ao longo dos tempos.

Observa-se que as modificações políticas e sociais, primordialmente a passagem de uma sociedade soberana para uma sociedade disciplinar, tinham relações íntimas com a transformação dos corpos e com a disciplinarização dos mesmos. Portanto, cabe falar sobre uma dimensão da doença correlata a essa disciplinarização. Ou melhor, de uma dimensão do processo saúde-doença correlata às transformações da sociedade, ligadas às formas de vida como nos mostrou Foucault em **O nascimento da clínica** [1963] (2008):

Ligadas às condições de existência e às formas de vida dos indivíduos, as doenças variam com as épocas e os lugares. Na Idade Média, na época das guerras e das fomes, os doentes estavam entregues ao medo e ao esgotamento (apoplexias, febres hécitas); mas durante os séculos XVI e XVII, vê-se enfraquecer o sentimento da pátria e das obrigações que se têm para com ela; o egoísmo se volta sobre si mesmo, pratica-se a luxúria e gulodice (doenças venéreas, obstrução das vísceras e do sangue); no século XVIII, a procura do prazer passa pela imaginação; vai-se ao teatro, (...); daí as histerias, as hipocondrias, as doenças nervosas. Uma nação que vivesse sem guerra, sem paixões violentas, sem ociosos, não conheceria, portanto, nenhum desses males (...) (Foucault, [1963] 2008, p. 35).

Entende-se que os males citados acima estariam em vias de desaparecimento, ou pelo menos seriam pouco mencionados, mas, ao contrário do que se pensava, o cuidado, a disciplina do corpo, o controle das subjetividades não trouxe um corpo são e, sim, um ideal deste corpo. Na realidade, as doenças estão aí, embora estejam transformadas, corporificadas, mensuradas, diagnosticadas através de manuais.

O que se percebe, na pós-modernidade, a respeito da saúde é bem diferente do que era encontrado na modernidade. O corpo, a estética, a saúde tornaram-se bens de consumo. É a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle. Passa-se do controle mais “mecânico” e disciplinar dos corpos para um controle através das subjetividades dos seres humanos.

Mondardo (2009) afirma que, na sociedade pós-moderna, existe uma exacerbação da produção dos corpos através do domínio das vontades mais íntimas dos sujeitos. Os desejos, os consumos, as necessidades são criados e recriados. É através do controle dos modos de vida, dos anseios e ambições que se constrói a sociedade de controle. Dessa forma mantém-se a ordem e uma “servidão voluntária”.

Portanto, ao mudar o tipo de dominação, são estabelecidas novas formas de poder, mas os corpos, as subjetividades, a sexualidade, a saúde e a doença mantêm-se como discursos hegemônicos na passagem de uma sociedade disciplinar para uma sociedade de controle, correspondendo à passagem da Modernidade para a Pós-modernidade.

2.2.3 – A Pós-modernidade e o controle: corpos e subjetividades em consumo

A ruptura histórica que estabeleceu a passagem da Modernidade para a Pós-modernidade ou Contemporaneidade¹⁷ encontra-se comumente relacionada às transformações sociais, culturais, econômicas e políticas do início dos anos 1960, tais como: os movimentos estudantis radicais; a irrupção de movimentos reivindicatórios de minorias, os movimentos “pós-modernistas” no campo da arte, da arquitetura, da literatura e da academia; a ascensão vertiginosa das tecnologias de comunicação respaldadas pelos novos recursos da informática; a queda do “socialismo real” e o estabelecimento de um mundo exclusivamente dominado pela economia de mercado capitalista, juntamente com a expansão, sem precedentes, da chamada “globalização.” (Coelho & Severiano, 2007, p. 89).

Tendo como pressuposto as relações entre saber e poder estudadas por Foucault em sua Genealogia e considerando as transformações ocorridas a partir da década de 1960, já se esperava que essas mudanças trouxessem um novo ideal de corpo, de saúde e de doença – a sociedade de controle.

¹⁷ Utilizou-se, nesta pesquisa, para efeito de redação, as palavras pós-modernidade e contemporaneidade enquanto “sinônimos”.

O modelo da sociedade de controle foi melhor desenvolvido e estabelecido em novos patamares por Deleuze (1992). O autor afirmou que Foucault sabia da brevidade do modelo disciplinar, pois, da mesma forma que esse modelo sucedia ao das sociedades soberanas, a disciplina, por sua vez, também conheceria uma crise em favor de novas forças que estavam se instalando lentamente. Para o autor, as sociedades disciplinares foram substituídas pela sociedade de controle.

São as sociedades de controle que estão substituindo as sociedades disciplinares. "Controle" é o nome que Burroughs propõe para designar o novo monstro, e que Foucault reconhece como nosso futuro próximo. Paul Virillo também analisa sem parar as formas ultrarrápidas de controle ao ar livre, que substituem as antigas disciplinas que operavam na duração de um sistema fechado. (Deleuze, 1992, p. 219).

Para Deleuze (1992), Foucault, de certa forma, já antevia o embate de forças que ocorreria nas sociedades de controle já que entendia o indivíduo como produto de relações de poder exercidas sobre corpos, multiplicidades e até mesmo desejos.

O autor afirma que, nas sociedades disciplinares, nunca se parava de recomeçar, e o essencial para se indicar o indivíduo era sua assinatura e sua matrícula. Já na sociedade de controle, nunca se termina nada, e, ao contrário, o essencial não é mais uma assinatura e nem um número, mas uma cifra, uma senha. Para ele, o controle é de curto prazo, de rotação rápida, contínuo e ilimitado, enquanto a disciplina era de longa duração, infinita e descontínua. O homem não é mais confinado. "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, 1992, p. 221).

A exigência da pós-modernidade é a de que o indivíduo ponha-se a serviço do próprio corpo, que consuma os mais diversificados objetos e serviços produzidos pela incipiente indústria da saúde e da beleza. Há uma captura intensa do corpo, transformando o corpo-produtor em corpo-consumidor, e, assim, tornando-o uma rentável especiaria a se vender no mercado. (Coelho & Severiano, 2007, p. 87).

Lipovetsky (2005) afirma que a pós-modernidade absorve o indivíduo na corrida pelo nível de vida e legítimas realizações exclusivamente individuais. Esta corrida incessante em busca de imagens e consumos do bem-estar acabam criando uma radical perda de socialização.

A era do consumismo não apenas desqualificou a ética protestante como também liquidou o valor e a existência de costumes e tradições, produziu uma cultura nacional e também internacional com base na solicitação das necessidades e das informações; arrancou o indivíduo do local e ainda mais da estabilidade da vida cotidiana, da imobilidade imemorial existente nas relações com os objetos, com os outros, com o corpo e consigo mesmo. (...) Agora o homem moderno está aberto às novidades, apto a mudar seu modo de vida sem resistência – ele tornou-se cinético: (...) Com o universo dos objetos, da publicidade, da mídia, a vida cotidiana e o indivíduo não têm mais peso próprios, anexados que estão pelo processo da moda e da obsolescência acelerada. (Lipovetsky, 2005, p. 84).

A liberdade de consumo levou à mudança de um corpo trabalhado para um corpo questionado a partir das noções de prazer e risco. Ocorre uma tentativa cotidiana de se compensarem os excessos a partir de um controle ininterrupto dos hábitos. A informação sobre dietas, exercícios, uso de preservativos passam a ser a compensação diante dos excessos. O jogo, segundo Vaz (2005), é entre o vício e o risco: “o quão a perda de controle na relação com o que nos dá prazer pode implicar em descuido em relação ao futuro.” (p. 15).

Na contemporaneidade, a ciência médica se mantém como agente de disciplina e, agora, de controle, porém ela é acrescida da ciência e da tecnologia (principalmente as tecnologias midiáticas). Estas se tornam os novos vetores de regulação dos corpos e das subjetividades. (Vaz, 2006). A mídia legitima-se como aquela que adverte sobre os riscos à saúde e a ciência legitima-se como discurso hegemônico sobre a vida e a morte. Hoje, lida-se com dois principais poderes que se articulam: a Mídia e a Ciência. Ambas acabam promovendo o ajuste do vetor econômico. (p. 13)

Para o autor, a explicação para o aumento do assunto “medicina” na mídia deve-se à transformação na noção de causalidade das doenças. Na Modernidade, a medicina atuava considerando agentes patogênicos externos (bactérias, vírus) como “causa” das doenças. Atualmente, na medicina contemporânea, a causalidade é associada ao fator de risco; lida-se com as doenças crônico-degenerativas (cânceres, doenças cardiovasculares, osteoporose, etc). Enquanto na modernidade, o poder de cura estava nas mãos do médico, na contemporaneidade, este poder está associado aos cuidados com a saúde, e, portanto, passa para as mãos do indivíduo. Desta forma, justifica-se o aumento de veiculação da mídia de assuntos ligados à saúde (p. 91).

Segundo Lupton (1995), as próprias campanhas de promoção de saúde ganharam outro status na pós-modernidade e a saúde passou a ser considerada como sintoma da patologia da civilização, possibilitando a “intimação” dos cidadãos para manterem uma vigilância contínua tanto de suas saúdes individuais como das saúdes e, conseqüentemente

dos comportamentos, dos demais membros da população; advertências e cuidados estes que são proferidos em nome da saúde e da cidadania. A autora destaca que os discursos dominantes da saúde pública e da promoção de saúde juntamente com outras instituições de saber/poder criam um repertório de cuidados incessantes com a saúde, denominados por ela de *The Imperative of Health* (O imperativo da saúde), que acabam transformando as subjetividades.

Pinheiro (2006) discorre objetivamente sobre as mudanças nas tecnologias médicas e suas influências na constituição das subjetividades. Para a autora, a medicina anatomopatológica (Modernidade) foi capaz de definir as subjetividades relacionando-as à finitude, à vida em relação à morte, a um espaço e a um tempo. Já a biomedicina (correlata da Pós-modernidade) implicaria na desencarnação da subjetividade. Um corpo sem ancoramento. A autora tem como hipótese que “(...) com a medicina moderna inaugura-se um novo campo da experiência subjetiva no qual a identidade pessoal está intrinsecamente relacionada ao corpo, (...)” (p. 47). A autora vai mais além e diz que, à medida que os discursos científicos estão se deslocando de uma anatomopatologia para uma biomedicina, tal mudança de paradigma implica regulações e normas a respeito da corporeidade, a qual deixa de estar ligada à morte. Este contexto também implicará numa desencarnação da subjetividade. A consequência é que, enquanto as tecnologias e saberes médicos se ampliam, se diversificam, fragmentam-se e superespecializam-se, o corpo, e, conseqüentemente as formas de subjetivação deste, também se modificam, fragmentam-se, modificando também as relações do sujeito com o próprio corpo e com os modos de sua existência. (Pinheiro, 2006).

Dessa forma, os processos de subjetivação, que antes eram decorrentes da eterna vigilância, hoje são reflexos do processo de racionalização, controle e cientificização do cotidiano. As alterações na qualidade de vida implicam modificações tanto sobre os modelos de saúde quanto sobre o culto ao corpo e acarretam, também, sensíveis mudanças nas formas de sentir, pensar e agir dos seus sujeitos, provocando notáveis transformações no imaginário que se constrói a respeito do que é saúde e doença.

Na sociedade disciplinar, o perigo era ou de ordem subjetiva ou de ordem social, ou seja, tinha como correlação a preocupação com a loucura, com a perversão ou com a miséria e outros tipos de mazelas sociais, enfim, com a norma. Já na sociedade de controle, o perigo está em não conseguir manter uma boa aparência, uma estética perfeita, vendida pelos

meios de comunicação onde o sucesso passa exclusivamente pela aparência. Ser belo é ser bem sucedido. (Vaz, 2005).

A pressa para se conseguir um corpo perfeito bem como a própria correria decorrente da vida moderna acabam implicando em uma falta de tempo para se investir em uma vida psíquica. O corpo, a partir da ética racionalista moderna, tornou-se correlato às “novas” formas de subjetivação e, conseqüentemente, tornou-se a única via de se “sentir”.

Para Vaz (2005), a passagem da disciplina ao controle, ou melhor, da modernidade à pós-modernidade, é também a passagem da norma ao risco. Esta se refere ao modo de ser contemporâneo no qual o prazer e o risco andam juntos. Tentam-se compensar os excessos a partir de um controle ininterrupto dos hábitos. Isto é, ao mesmo tempo em que os meios de comunicação nos apontam o prazer (beleza, estética, consumo), nos apontam os riscos (doenças, comportamentos). E toda a informação do controle do risco vem em forma de “manuais”: manuais de como nos alimentar, de quanto nos exercitar, de como nos livrar de nossos vícios, de como nos relacionarmos. (p.11).

Através da emergência do risco, podemos apreender a invasão do cotidiano pela ciência e pela tecnologia, a articulação nova entre mídia e ciência e a mídia legitimando-se por ocupar o lugar daquele que na sociedade adverte da existência dos riscos e propõe os meios de contorná-los. Não experimentamos apenas a estetização do cotidiano; experimentamos ainda a cientificização de nossas vidas e mortes. Uma pesquisa mostra que 40% das chamadas de primeira página em jornais americanos dizem respeito à gestão do cotidiano tendo em vista os hábitos de vida e os riscos que se corre. (Vaz, 2005, p. 12).

Com isso, a partir dos ideais corporais ditados pela mídia e pela publicidade, ocorre uma mudança no que será considerado anormal. Este passa a ser aquele que não tem força de vontade suficiente para atingir o corpo ideal. Viciados, anoréxicos, bulímicos e obesos são segregados como ocorria antes com os leprosos, loucos e delinquentes. A cultura do corpo passa a ser uma cultura exclusivamente somática.

É verdade que algumas conquistas, tais como a liberalização dos corpos, ocorreram, mas convive-se com um mercado no qual os desejos e sensações têm que ser cumpridos a qualquer preço. A angústia da não obtenção de tal corpo e as “novas” doenças decorrentes desta acabam por tornar a sociedade uma sociedade depressiva e medicalizada. “As singularidades são, desta forma, assaltadas pelas constantes tentativas de captura do mercado.” (Coelho e Severiano, 2007, p. 95).

As preocupações com modelos ideais e de moda ultrapassam a condição do estado de saúde como uma mera aferição do estado de adoecimento. Os determinantes do que é saúde e do que é doença modificaram-se. Há uma exacerbação da estética enquanto modelo de saúde perfeita e quem não segue as normas de um corpo “sarado”, com medidas ditas adequadas, é considerado doente ou terá que se cuidar, obrigatoriamente, para que não adoça. A forma moderna de manifestação do sofrimento parece ser somente o corpo, aquele que pode ser medicalizado, mensurado, o corpo do DSM-IV e do CID-10, manuais que renomeiam doenças a partir de sintomatologias e da possibilidade de remediação. O sofrimento hoje não tem causa, tem remédio.

Os consultórios psicanalíticos recebem hoje, quando recebem, um sujeito sem história psíquica, pautado nas doenças do corpo (gastrites, obesidades, esterilidades) ou nas “novas” doenças da alma (depressões, pânico, ansiedades), ou mais comumente, doentes pela insatisfação por não atingirem um corpo ideal. Prima-se pela caracterização quantitativa e concreta do sofrimento. O homem moderno tende a eliminar, em nome do sucesso econômico, o conflito social e relacional, o conflito da existência psíquica visto que a neurobiologia parece afirmar que todo sofrimento psíquico é decorrente de alguma anomalia das células nervosas e que, ou já existe ou está prestes a existir um medicamento capaz de fazê-las funcionar adequadamente. Ou seja, existe sempre um medicamento para qualquer sofrimento, seja ele psíquico ou somático. (Roudinesco, 2000, p. 41).

A medicalização da saúde, a cientificização do cotidiano e a consequente corporificação das subjetividades isentam o sujeito até mesmo de suas escolhas, pois estas parecem advir “apenas” de seu funcionamento cerebral ou genético. Rose (2000) destaca as consequências advindas, por exemplo, da Biocriminologia, que se baseia em ciência genética e biológica para explicar condutas violentas ou criminosas, podendo identificar ou até mesmo interditar compulsoriamente indivíduos tidos como biologicamente perigosos. É como se o sujeito fosse incapaz de fazer escolhas subjetivas e só pudesse fazer escolhas decorrentes de seu corpo, de sua genética. Rose (2007) também aponta para a sustentação orgânica até mesmo do psiquismo através de mapeamentos cerebrais, neuroquímica e gerenciamento/controlado das emoções. O homem pós-moderno é escolhido pela funcionalidade e eficiência de seu corpo. Ele parece estar cada vez mais próximo a um robô. Ele é útil, eficiente, bonito... A subjetividade se tornou corpo e o corpo se tornou “imagem” bela a ser exibida.

A modernidade e a pós-modernidade impingiram inúmeras modificações sobre os corpos, e conseqüentemente sobre os constructos de saúde e doença. Entre estas múltiplas técnicas de produção tanto dos corpos quanto das subjetividades, outra questão se faz presente: E o feminino? De que forma ocorreu a construção da sexualidade e dos corpos femininos?

Levando-se em consideração os estudos foucaultianos sobre o biopoder e a biopolítica e, tendo em vista a circularidade e amplitude que os discursos atingem e a eficácia que imprimem sobre a produção dos corpos e sobre a constituição de subjetividades foi que se decidiu pesquisar sobre a forma como os discursos sobre saúde afetam diferentes gerações de mulheres. Para tanto, foi necessário entender um pouco mais sobre os dispositivos da sexualidade, sobre a construção dos corpos femininos e sobre o lugar social e cultural das mulheres em diversos períodos de tempo.

2.3. Sobre mulheres e gerações: quando os dispositivos de poder se tornam processos de subjetivação e de gênero¹⁸

As mulheres eram “escravas” da procriação, libertaram-se dessa servidão imemorial. Sonhavam ser mães no lar, agora querem exercer uma atividade profissional. Estavam sujeitas a uma moral severa, hoje a liberdade sexual ganhou direito de cidadania. Estavam confinadas nos setores femininos, e elas que abrem brechas nas cidadelas masculinas, obtêm os mesmos diplomas que os homens e reivindicam paridade política. Sem dúvida, nenhuma revolução social de nossa época foi tão profunda, tão rápida, tão rica de futuro quanto a emancipação feminina. (Lipovetsky, 2000, p. 11).

As conquistas femininas foram, sem dúvida, de grande visibilidade no último século, mas não se pode deixar de ressaltar que estas também estão inseridas em um contexto histórico, e devem ser compreendidas levando-se em conta o dispositivo da sexualidade. Para Foucault [1976] (2009), este dispositivo foi responsável pelo estabelecimento de uma rede de saberes/poderes sobre os corpos e sobre as populações. Ao produzir conhecimento científico sobre a sexualidade, produz-se, conseqüentemente, normatizações e modos ditos adequados

¹⁸ Optou-se por não se abordarem as questões teóricas sobre sexo e gênero, nesta pesquisa, tendo em vista que esta se focou nos discursos sobre corpo, saúde e doença. Desta forma, tomou-se por base a afirmativa de Butler (2003) na qual “A divisão sexo/gênero funciona como uma espécie de pilar fundacional da política feminista e parte da ideia inicialmente de que o sexo é natural e o gênero é socialmente construído.” (Rodrigues, 2005). Para Scott (1995), 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.

de se exercer a sexualidade, delimitando práticas sexuais “bem educadas” das demais. Sobre este dispositivo de saber/poder Foucault diz:

A sexualidade é o nome que se pode dar a um dispositivo histórico: não à realidade subterrânea que se apreende com dificuldade, mas à grande rede de superfície em que a estimulação dos corpos, a intensificação dos prazeres, a incitação ao discurso, a formação dos conhecimentos, o reforço dos controles e das resistências, encadeiam-se uns aos outros, segundo algumas grandes estratégias de saber e poder. (Foucault, [1976] 2009, p. 116).

Em **O Sujeito e o Poder** (1995), Foucault afirmou que uma das mais poderosas formas de governo das populações se fez através do controle dos corpos e da sexualidade, pois, ao contrário do que comumente se diz, a sexualidade não foi silenciada, mas, sim, colocada em discurso desde o final do século XVI. Para o autor, foi a partir dos séculos XVIII e XIX que o estudo da “natureza da mulher” tornou-se uma prioridade da pesquisa científica.

Compreende-se que o discurso sexual serviu como forma de controle e normatização da população e, portanto, deve ser pensado para além de uma dada propensão biológica e naturalizada. Deve-se entender a sexualidade a partir de uma dimensão histórica, onde um conjunto de práticas, delimitadas por conceitos médicos e psicológicos decorrentes da incipiente ciência moderna, se localiza. (Costa, 2008). Desta forma, ocorre o controle e delimitação de práticas sexuais tendo como objetivo a moralização das populações. É importante ressaltar, que, da mesma forma como ocorria com a produção dos corpos dóceis, os quais eram adestrados a partir de técnicas que não remetiam à coerção e à violência e, sim, a métodos de submissão de cada um a si mesmo, ao cuidado e ao exercício, métodos, portanto, mais sutis, ocorreu também com o dispositivo da sexualidade. (Foucault, [1975] (2009), p. 37). Ou seja, à incitação ao discurso do sexo instauraram-se mecanismos de controle sobre os corpos dos indivíduos, exercidos não somente dentro de um sistema de punições e proibições, mas, especialmente, por meio de mecanismo que produzem sujeitos e seus corpos sexuados. Tal produção se deu no sentido do exercício do controle sobre a forma ideal de viver a sexualidade, isto é, a forma normativa, tendo em vista as práticas sexuais monogâmicas, heterossexuais e reprodutivas. Para Foucault, [1979] (2011) foi a partir do dispositivo da sexualidade que se instaurou o regime da heterossexualidade.

Através deste termo (dispositivo) tento demarcar um conjunto decididamente heterogêneo que engloba discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. Em suma, o dito e o não dito são os elementos do dispositivo. O dispositivo é a rede que se pode estabelecer entre estes termos. (Foucault, [1979] 2011, p. 244).

Marcello (2009) entende que esse foi fruto de uma urgência histórica, correlata à Modernidade. A consolidação dos estados, declínio do feudalismo e crescente necessidade de mão-de-obra para a ampliação do setor industrial, bem como o crescente desenvolvimento urbano, geraram uma profunda mudança nos mecanismos de poder: “ao invés de um poder que se apropria da vida para suprimi-la, trata-se de exercer um poder positivo sobre ela, empreendendo mecanismos capazes de gerar, de multiplicar e de ordenar a vida e regular seu conjunto.” (p. 229). Neste contexto, controlar a mulher a partir do discurso normativo da maternidade e, com isso, garantir a sobrevivência das crianças tornou-se uma necessidade. A maternidade, a mãe em especial, torna-se valorizada e encorajada na medida em que a “mulher-mãe” assume o papel de “agente” vital do biopoder. Uma nova configuração familiar é estabelecida a partir da conjugalidade. Então, será a partir da Modernidade que o feminino entrará na história dos discursos científicos, para que a mulher possa cumprir seu papel social – o de mãe.

Restrita ao espaço privado do lar, a mulher se tornou um sujeito passível de valor, embora precisasse ser ensinada e domesticada em seu papel de mãe, na medida em que a criança passou a ser vista como um indivíduo inocente, vulnerável e merecedor de cuidados específicos. (Marcello, 2009).

Para assinalar os desígnios que homens e mulheres deveriam cumprir na sociedade entram em cena os discursos científicos; submerge o conhecimento médico, psicológico, pedagógico, religioso e jurídico dos sujeitos e suas práticas, surgindo os doentes ou pervertidos, entre eles o homossexual. Ao mesmo tempo em que o discurso da sexualidade visava controlar os corpos e suas práticas, criava também uma série de conceitos e sujeitos legitimados a partir de um tipo de vivência da sexualidade. (Costa, 2008).

Denota-se, então, que os regimes de verdade regulamentaram até mesmo os constructos masculinos e femininos. Através de discursos médicos, religiosos e jurídicos, prescreveram o que é ser mãe, mulher, como sê-lo; organizaram narrativas e se tornaram constitutivos de subjetividade. Assim, os discursos de saber/poder atribuíram à mulher uma causalidade biológica em que a maternidade se estabeleceu como um “instinto”; uma tentativa de biologização e naturalização do feminino e do materno, criando-se a ilusão de atemporalidade, fazendo parecer como eterno o que na verdade foi favorável a um momento histórico. Enfim, “o sexo serviu à articulação dos novos – e modernos – mecanismos do poder e do controle social.” (Bauman, 1998, p. 180).

2.3.1 – Mulher e maternidade: o primeiro ponto de resistência

Marcello (2009) defende que, antes da modernidade, a maternidade era vista de outra forma. Implicava gerar e parir os filhos, mas não cuidar deles. Não existia o conceito de infância. As crianças cresciam misturadas com os adultos. Foi somente após a modernidade e com o necessário controle dos corpos, em detrimento do controle da terra, que ocorrem mudanças nas mentalidades: surge a família como a conhecemos hoje e a preocupação com a descendência, e o cuidado das mulheres e das crianças passa a ocupar um lugar importante.

A feminilidade aparece aqui como o conjunto de atributos próprios a todas as mulheres, em função das particularidades de seus corpos e de sua capacidade procriadora; partindo daí, atribui-se às mulheres pendor definido para ocupar um único lugar social – a família e o espaço doméstico – a partir do qual se traça um único destino para todas: a maternidade. A fim de corresponder ao que se espera delas (que é, ao mesmo tempo, sua única vocação natural!), pede-se que ostentem as virtudes próprias da feminilidade: o recato, a docilidade, uma receptividade passiva em relação aos desejos e necessidades dos homens e, a seguir, dos filhos. (Kehl, 1996, p.58).

Moura & Araújo (2004) afirmam que diversas revisões históricas acerca da instituição familiar sugerem que o “amor” materno é uma atitude recente dentro da história. Para estes autores, o que hoje se estabelece como algo instintivo e natural, é, na verdade, uma construção que se baseou em discursos filosóficos, médicos e políticos da Modernidade. Para as autoras, a própria constituição da família até a modernidade era muito diferente: era o homem que ocupava o lugar central da família e, tanto esposa como filhos equiparavam-se e eram submissos. O casamento, que até então era realizado por contrato, acabava por inibir qualquer manifestação de afetividade entre os cônjuges. Por outro lado, era comum as crianças serem amamentadas e cuidadas por amas de leite, e, em seguida, entregues a outras famílias para receberem instrução, aprendizagem (naquela época, a instrução não era do tipo formal da escola). Além do mais, a taxa de mortalidade de crianças era bastante alta, o que contribuía ainda mais para o desapego afetivo das mães.

Será, então, a partir da Modernidade, que se começará a disseminar o papel da mulher como mãe amorosa em detrimento do lugar da autoridade paterna. A “mulher-mãe” será inserida em um “projeto” global alicerçado na necessidade de crescimento populacional e higiene social. Não é à toa que Del Priori (1993) irá reafirmar que no Brasil colônia as mulheres eram destinadas à maternidade com o intuito de povoar/populacionar o imenso território recém descoberto.

Após 1760, inúmeras publicações passaram a exaltar o “amor materno” como um valor ao mesmo tempo natural e social, favorável à espécie e à sociedade, incentivando a mulher a assumir diretamente os cuidados com a prole. Dessa forma, em defesa da criança, dois diferentes discursos confluíram para modificar a atitude da mulher perante os filhos: (1) um discurso econômico, apoiado em estudos demográficos, que demonstrava a importância do numerário populacional para um país e alertava quanto aos perigos e “prejuízos” decorrentes de um suposto declínio populacional em toda a Europa e (2) uma nova filosofia – o liberalismo (Moura & Araújo, 2004, p. 46).

Em oposição à mulher nervosa, possuidora de um “excesso” ameaçador que deveria ser regulado, surge a mãe devotada e normatizada através do biopoder e, desde então, inúmeras regras de higiene e educacionais foram produzidas, inaugurando uma estratégia de controle minucioso sobre o corpo e a sexualidade feminina. (Nunes, 2003).

Para se obter um controle minucioso do corpo feminino, este era descrito como pouco evoluído em relação ao corpo do homem e dotado de um excesso sexual desvirtuador e perigoso. Desta forma, segundo a autora, ensinava-se para as meninas a temerem seu corpo e o adestrarem.

A prescrição de modos adequados ou não de se viver a sexualidade, era, naquele momento, realizada tanto pela Igreja quanto pela incipiente medicina da época. Os discursos que nomeavam o corpo feminino eram muito mais ligados a valores morais do que exatamente ao conhecimento médico.

Schwengber (2009) ratifica tal consideração ao afirmar que a própria busca por diferenças sexuais por parte dos anatomistas coincidiu com todo o projeto de ascensão dos discursos científicos da modernidade. O interesse dos anatomistas nos caracteres distintivos da estrutura do corpo das mulheres apareceu ao mesmo tempo em que a profissionalização das ciências médicas estava tomando para si o cuidado com a saúde das mulheres, retirando-as das mãos das parteiras. Para o autor, a anatomia comparativa de homens e mulheres tornou-se um projeto de pesquisa para a comunidade médica no final do século XVIII, em função da necessidade de se buscar definir a posição das mulheres na sociedade europeia burguesa em geral e na ciência em particular, pois, com o novo reordenamento da sociedade através de práticas mais democráticas, seria importante definir o papel que caberia às mulheres desempenhar.

Dessa forma, pode-se considerar que, na modernidade, o dispositivo da sexualidade serviu para adestrar os corpos femininos em prol de um projeto maior correlato ao crescimento populacional e à Industrialização, onde a mulher se tornou a “mãe amorosa”.

Porém, segundo Nunes (2003), ao mesmo tempo em que a maternidade foi erigida como controle e normatização dos corpos, por outro lado, foi exatamente a partir desse mesmo dispositivo, o da maternidade, que as mulheres se uniram e, aos poucos, foram se tornando uma classe. Através de “pequenas” atitudes foram conquistando um novo espaço.

Sensibilizei-me, ao descobrir por trás da torrente de discursos normativos sobre o que a mulher deveria ser, as populações femininas em sua revanche contra o que significaria uma armadilha para assegurar a sua menoridade. No avesso do papel que lhes era delegado pelas instituições de poder masculinas, a Igreja e o Estado, elas costuram as características de seu gênero, amarrando práticas culturais e representações simbólicas em torno da maternidade, do parto, do corpo feminino e do cuidado com os filhos. (Del Priori, 1993, p. 16).

O projeto de isolar a mulher no espaço privado de seu lar trouxe, segundo Del Priori (1993), um aspecto impensado pelas instituições de poder masculinas, ou seja, por trás da imagem de mãe ideal, as mulheres uniam-se aos seus filhos para resistir à solidão e à dor, e, além do respaldo afetivo, os filhos permitiam à mulher exercer um poder de autoridade dentro do próprio lar. Enfim, foi dentro do próprio lar, sem subverter os discursos de controle, que a mulher começou a exercer sua autoridade já que lhe era negada qualquer atividade na esfera pública.

Também em função da maternidade e dos filhos, as mulheres passaram a se solidarizar e, aproveitando-se da autoridade que tinham no lar e como mães, iniciaram a sua primeira forma de resistência.

A maternidade foi assim o espaço onde mães e mulheres organizaram a sua revanche contra uma sociedade misógina. Foi o início onde se abrigaram contra a exploração doméstica e sexual que se reduzia, no mais das vezes, em humilhações, abandono e violência. Com essas características, maternidade apagava as diferenças raciais, culturais e econômicas mais candentes e prestava-se a ser um instrumento de integração de gênero feminino ao projeto colonial. (Del Priore, 1993, p. 46).

Enfim, se a Modernidade transformou as mulheres em “mães”, estas não se restringiram ao espaço privado que lhes foi atribuído. Ao contrário, foi a partir deste estatuto – o de mulher-mãe - que as mulheres se uniram contra a discriminação social, contra a restrição ao espaço privado. Desta forma, iniciaram-se as lutas feministas.

2.3.2. O movimento feminista

As mulheres, até o início do século XX, sofreram com a discriminação social. Não tinham direito de participar do espaço público, sofriam violência sexual, falta de recursos de saúde, não tinham o direito a trabalhar, estudar, participar da política, já que se encontravam restritas ao espaço privado do lar. Encontravam-se subordinadas aos homens e tinham como obrigações cuidar da casa e da família. Enfim, eram mulheres-mães, mulheres domésticas ou “domesticadas”. Para se ter uma idéia, segundo Acurcio, Pereira, Fonseca, & Silveira (2011), “o Código Civil de 1916 punia severamente a mulher vista como desonesta, considerando a não virgindade da mulher motivo de anulação do casamento, tornando-a deserdada”. (p.3).

Do ponto de vista da saúde, até o final do século XIX e início do século XX, a própria saúde da mulher era tratada de forma reducionista, voltada apenas ao ciclo gravídico-puerperal. Foi o movimento feminista que iniciou uma série de lutas reivindicando para a mulher o direito à igualdade de gênero.

É importante ressaltar que, para Foucault [1979] (2011), os movimentos de “liberação sexual” são movimentos afirmativos da sexualidade e, por este motivo, partem do próprio dispositivo da sexualidade, no interior do qual se está preso, mas ao mesmo tempo, eles se deslocam, se livram dele e acabam ultrapassando-o. (p. 233). É como se fosse uma espécie de desafio, em que, a partir da própria internalização do discurso, se fazem novos discursos.

Durante muito tempo se tentou fixar as mulheres à sua sexualidade. “Vocês são apenas o seu sexo”, dizia-se a elas há séculos. E este sexo, acrescentaram os médicos, é frágil, quase sempre doente e sempre indutor de doença. “Vocês são a doença do homem”. E este movimento muito antigo se acelerou no século XVIII, chegando à patologização da mulher: o corpo da mulher se torna o objeto médico por excelência. (...) Ora, os movimentos feministas aceitaram o desafio. Somos sexo por natureza? Muito bem, sejamos sexos, mas em sua singularidade e especificidade irreduzíveis. Tiremos disto as consequências e reinventemos nosso próprio tipo de existência: política, econômica, cultural... Sempre o mesmo movimento: partir dessa sexualidade na qual se procura colonizá-la e atravessá-la para ir em direção a outras afirmações. (Foucault, [1979] (2011), p. 234).

Então, é a partir dessa ideia de afirmação do papel/lugar da mulher na sociedade, na política e na economia, que se desenvolve o movimento feminista. Entre as várias vertentes deste, destaca-se o movimento sufragista, que segundo Narvaz (2009) foi liderado por Bertha Lutz, e se configurou como a primeira tendência do feminismo. Esta seria a tendência “bem

comportada” do movimento, pois não questionava a opressão da mulher. Pinto (2003) ressalta que: “a luta para a inclusão das mulheres à cidadania não se caracterizava pelo desejo de alteração das relações de gênero, mas como um complemento para o bom andamento da sociedade.” (p. 239). Já a segunda tendência seria o feminismo “malcomportado” e atraiu mulheres intelectuais, anarquistas, líderes operárias que, além de reivindicarem o caráter político do movimento, defendiam o direito à educação, questionavam a dominação masculina e abordavam temas delicados, tais como, a sexualidade e o divórcio. A autora refere-se, também, a um terceiro movimento, que, segundo ela, seria “o menos comportado dos feminismos”, que se alicerçava no movimento anarquista e no Partido Comunista.

Embora o movimento feminista tenha passado por momentos em que existiu maior ou menor empenho, uma consideração se faz pertinente: segundo Barbosa (2006), a definição de feminismo aparece pela primeira vez em 1933, no dicionário Oxford. A definição é “opiniões e princípios que defendem o reconhecimento das realizações e reivindicações das mulheres; defesa dos direitos das mulheres.” (Barbosa, 2006, p. 3). Para a autora, a definição explícita em um dicionário demonstra que já existia uma ideologia firmada e consistente.

No Brasil, o movimento feminista passou por várias etapas, mas, segundo Pinto (2003), o de maior destaque, chamado pela autora de “o novo feminismo”, nasce da ditadura, na década de 70:

A emergência do feminismo em pleno governo *Médici*¹⁹ determinou que ele surgisse dentro e fora do país e em boa parte no exílio. Na Europa e nos Estados Unidos, havia cenários de grande efervescência política, de revolução dos costumes, de radical renovação cultural, enquanto no Brasil o clima era de ditadura militar, repressão e morte. As características que o movimento feminista teve nos dois hemisférios estão intimamente ligadas a esses cenários, sendo que os primeiros grupos feministas em 1972, em São Paulo e no Rio de Janeiro, foram inspirados no feminismo do Hemisfério Norte. Em 1972, ocorrem eventos que apontam para a história e as contradições do feminismo no Brasil: o congresso promovido pelo Conselho Nacional da mulher, (...), e as primeiras reuniões de grupos de mulheres em São Paulo e no Rio de Janeiro, de caráter quase privado, (...) indicam uma espécie de transição entre o velho e o novo feminismo, entre o que já se chamava de feminismo “bem comportado”, à moda Bertha Lutz, e um novo feminismo “malcomportado”, que começou a enfrentar questões consideradas tabus. (Pinto, 2003, p. 239).

Um dos eventos de destaque desse desenvolvimento do feminismo no Brasil será o *Ano Internacional da Mulher*, em 1975, decretado pela Organização das Nações Unidas

¹⁹ Emílio Garrastazu Médici foi um militar e político brasileiro, presidente do Brasil entre 30 de outubro de 1969 e 15 de março de 1974.

(ONU) e que, no Brasil, foi comemorado com o evento cujo título era “O papel e o comportamento da mulher na realidade brasileira”, e com a criação do Centro de Desenvolvimento da Mulher Brasileira no Rio de Janeiro. É importante ressaltar que o movimento feminista crescia em pleno golpe militar, o que suscitava resistências por parte dos poderes constituídos. Por outro lado, o feminismo brasileiro também ganhava força contra a ditadura, principalmente tendo como referências as mulheres que voltavam ao Brasil devido à anistia: “As mulheres exiladas nos Estados Unidos e na Europa voltavam para o Brasil trazendo uma nova forma de pensar sua condição de mulher, em que somente os papéis de mãe, companheira e esposa (submissa e dócil) não mais serviam”. (Pinto, 2003, p.239).

Pode-se perceber que o movimento feminista no Brasil sempre esteve associado às questões políticas do país e, na década de 1980, esteve atuante no processo de redemocratização brasileira. Nesta mesma década, ganhou espaço junto ao feminismo acadêmico e em pesquisas das ciências humanas e da educação e, a partir de 1985, teve uma conquista marcante: a criação das delegacias especializadas no atendimento à violência contra a mulher. Embora estas delegacias não tenham resolvido o problema da violência, elas foram um avanço.

Outro ponto relevante refere-se à criação, também em 1980, do primeiro Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), pelo Ministério da Saúde (MS). Este programa envolvia o planejamento familiar, sexualidade e aborto. Acúrcio & col. (2011) ressaltam que as últimas décadas do século XX consolidaram a nova linguagem dos direitos humanos, contemplando as preocupações com a cidadania feminina. Desta forma, a concepção de humanidade deixou de estar alicerçada apenas na figura masculina, e acabou por impulsionar a adoção de políticas públicas e leis nos campos da saúde sexual e reprodutiva, do trabalho, dos direitos políticos, civis e da violência de gênero.

2.3.3. As políticas de saúde da mulher: entre biopolítica e direitos adquiridos

Hillesheim, Somavilla, Dhein, & Lara (2009) e Costa (2008) entendem, a partir de uma perspectiva foucaultiana, que a área da saúde da mulher se tornou um campo de produção de sujeitos. Depreendem que os discursos sobre saúde da mulher ditam determinadas formas de viver, produzindo modos de subjetivação. Os autores apontam que as políticas de saúde acabam por fazer parte de determinadas estratégias que historicamente

foram se articulando no sentido de regulação e controle dos corpos e configuram o lugar da mulher, a qual é colocada sob exame e vigilância constante. Ao trazer, como espaços de intervenção, também a família, o bebê e a equipe de saúde, pode-se pensar que essas estratégias de governo se refinam, tornando-se mais eficazes. (Costa, 2008)

Dessa forma, a criação do PAISM é avaliada de pontos de vista diferentes. Por um lado, reflete o biopoder e a biopolítica e se constitui como uma forma de controle da saúde e consequentemente das subjetividades. Por outro lado, pode ser considerado um marco no atendimento integral da saúde da mulher, já que incluiu, pela primeira vez, serviços públicos de contracepção.

A questão dos direitos reprodutivos e dos direitos sexuais como direitos humanos ressignificam toda a história das relações de poder e dominação entre homens e mulheres. Essa foi sem dúvida a maior e mais profunda ruptura epistemológica tanto dos costumes, mentalidades como na construção do conhecimento. O corpo se desloca da subordinação e opressão, libertando-se para a transição processual da figura do sujeito nômade (Oliveira, 2005, ¶ 3).

A contracepção é vista como uma grande conquista das mulheres já que, pela primeira vez, lhes é assegurado o direito sobre seus corpos, o que significa que elas serão as únicas responsáveis pela escolha de todas as etapas de suas vidas, desassociando a vida da mulher como direito do pai e do marido. Desta forma, a criação do PAISM tem sua importância do ponto de vista da liberdade feminina, pois denota a passagem de uma visão da saúde da mulher que era assistida de forma restrita, reducionista e fragmentada, com ações voltadas apenas ao ciclo gravídico-puerperal para uma visão integral da saúde da mulher em que ela passa a ser detentora de seus direitos reprodutivos e sexuais.

Em contrapartida, Medeiros (2008) dirá que o PAISM surge como uma política afirmativa, responsável por sanar um déficit proveniente da desigualdade histórica entre homens e mulheres e por este motivo tem sempre por finalidade resgatar essa dívida. Outro fator relevante concerne ao fato de que este 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. (Medeiros, 2008, p. 34). Estas questões que se referem ao controle da natalidade retomam o ponto de vista inicial da discussão na qual a saúde é um dos mais proeminentes vetores biopolíticos.

Ou seja, a partir de discursos e micropoderes, as políticas públicas podem se apresentar como formas de normatização, disciplinarização e controle dos corpos.

Enfim, a valorização da mulher como ser humano, com direitos iguais aos dos homens na sociedade, é inquestionavelmente um marco na história. A conquista feminista para a saúde e política pública, formulada nacionalmente após grandes batalhas através dos séculos, trouxeram contribuições imprescindíveis para o processo de transformação do paradigma da saúde da mulher e da igualdade de gênero. A mulher deixou de ser vista como um ser passivo, a dona de casa, para atuar, na sociedade, com os mesmos direitos exercidos pelos homens. Passou a fazer parte da vida política, conquistou o direito de decidir sobre ter ou não filhos, casar ou optar por ser solitária, estudar e se capacitar para uma profissão digna.

Entretanto, embora não se possam negar as inúmeras contribuições decorrentes tanto dos movimentos feministas quanto das políticas públicas de saúde, não se pode deixar de retomar a discussão inicial desta pesquisa em que o próprio conceito de saúde vem sendo discutido e relacionado aos diversos dispositivos de saber/poder inerentes a cada época. Pode-se dizer que o mesmo ocorre em relação à saúde da mulher, a qual também é fruto de discursos que reproduzem práticas sociais e ideológicas que interferem na condição feminina.

2.3.5. Da Modernidade à Pós-modernidade: mulher-mãe, mulher-profissional e mulher-espetáculo

Entre as décadas de 1960 e 1990, as conquistas em termos de saúde e de sexualidade da mulher se tornaram mais evidentes e estabeleceram um novo lugar para essa. Segundo Medeiros (2005), não se trata de um espaço de trabalho, já que as mulheres sempre trabalharam dentro de seus lares. A conquista da qual se está falando é da igualdade entre mulheres e homens no espaço público. Com a possibilidade da contracepção, a mulher se apoderou de seu corpo e adentrou no mercado de trabalho de forma competitiva com os homens.

Foi na década de 60, no contexto político da ditadura, que as mulheres brasileiras descobriram a pílula e a utilizaram como estratégia de liberação sexual e possibilidade de ruptura com a dominação masculina. Na década de 70, é ressaltado, por ações políticas de feministas, o enunciado: “meu corpo me pertence”, afirmando o direito as suas vidas e o direito ao exercício da sexualidade sem que esta se associe à reprodução. Este deslocamento

da sexualidade, desassociando-a da reprodução, é uma das maiores conquistas femininas do século XX. (Oliveira, 2005). Foi também nesta década que as mulheres entraram em massa no mercado de trabalho sem, contudo, deixarem as tarefas domésticas. Esta inserção provocou mudanças nas mentalidades, valores e cultura.

Em consequência, as décadas de 80 e 90 foram marcadas por lutas contra a violência e reivindicações de políticas de saúde que desvinculem a saúde da mulher da saúde materno-infantil. Compreende-se que, a partir da década de 90, a mulher demarca uma nova trajetória para si e esta trouxe modificações sociais, culturais, econômicas, afetivas e em seus corpos e saúde.

Contudo, foi com a ascensão ao mercado de trabalho que a mulher, a partir da autonomia financeira e profissional, favoreceu e permitiu o rompimento de uniões afetivo-sexuais enquanto relações de dependência e pôde abrir mão do que lhe era imposto – ser somente mãe e esposa. Assim, a mulher passa do espaço privado do lar ao espaço público do espetáculo.

Após a conquista do espaço público e do direito de cuidarem do próprio corpo separando prazer de reprodução, chegou a hora de as mulheres (re)tomarem o discurso da sensualidade e da sedução femininas. Esta inserção ocorre concomitantemente à transição da sociedade disciplinar para a sociedade de controle.

As modificações que se referiam à conquista de direitos iguais entre mulheres e homens, hoje referem-se à conquista da sensualidade através do culto ao corpo. A mídia e o mercado da moda impõem uma estética corporal na qual a imagem produz transformações importantes na condição feminina, conforme afirma Roudinesco (2003): “seus corpos se modificam juntamente com seus gostos e suas aspirações.” (p. 151).

Del Priori (1993) propõe que, em nossos dias, a identidade do corpo feminino encontra-se em correspondência com a tríade beleza-saúde-juventude, o que acaba por consolidar um grande mercado composto pela indústria, linhas de produtos, jogadas de marketing e espaços na mídia.

No início do século XXI, as mulheres são empurradas a viverem em função de seus corpos, sofrendo mais do que nunca prescrições, não mais do marido, do padre ou do médico, mas do discurso jornalístico e publicitário que as cerca. Instalou-se uma nova forma de subordinação, só que hoje o algoz não tem rosto, é a mídia. As mulheres estão sendo cada vez mais levadas a experimentarem seus corpos como inadequados diante das imagens veiculadas, esculpidas em salas de ginástica e de cirurgias, ou retocadas em estúdios fotográficos. Imagens frequentemente associadas à ideia de corpos livres e liberados, de quem sabe o que quer e é dono de

seu próprio nariz, corpos que são vendidos como passaporte para o sucesso e felicidade. (Nunes, 2003, p. 3).

Pode-se observar que o avanço das ciências biológicas produziu um alargamento do campo dos saberes sobre o corpo trazendo inúmeras vantagens. Por outro lado, nota-se que estes avanços também trouxeram um aspecto negativo em que o predomínio da imagem provoca um ideal de corpo perfeito que, a princípio, nada tem a ver com uma existência subjetiva melhor.

É importante ressaltar que as modificações impostas pela sociedade visual acabam por modificar a forma como as mulheres lidam com aspectos de sua vida que, a princípio, já estavam resolvidos. Ou seja, o cuidado com a saúde, com o corpo perfeito, que se destacava na época do imperativo da saúde, modifica a forma como as mulheres irão lidar com a gravidez, com a maternidade, com a menopausa e o com o próprio envelhecimento. Pontos que se articularão com toda uma gama de questões sociais, tais como, a empregabilidade, os relacionamentos afetivo-sexuais, o adoecimento, entre outros.

Segundo Ferraz (2011), vive-se hoje, uma medicalização da saúde, e a própria feminilidade é constituída enquanto uma equação onde os hormônios se tornam os reguladores das subjetividades. Os prazeres, sucessos e fracassos são atribuídos a hormônios, como o hormônio do estresse, a endorfina e a serotonina. Curiosamente, os termos científicos, vão penetrando o vocabulário cotidiano. Desta forma, nota-se que a subjetividade da mulher do século XXI é marcada, inclusive em seu próprio discurso, pela modulação de seus níveis hormonais. É a passagem da mulher-útero (mulher-mãe) para a mulher-hormônio.

Trata-se de uma nova forma de se pensar e de se experimentar, na qual corpo e subjetividade se misturam, e, do ponto de vista da mulher, trata-se de entender a feminilidade enquanto um processo exclusivamente permeado pela genética e pelos hormônios.

Esse fato retoma a discussão proposta por Vaz (2005) na qual os sujeitos se tornam “portadores” e se utilizam da balança entre prazer e risco para sustentarem a longevidade imposta pela sociedade de controle. A discussão é continuada por Ferraz (2011), porém esta autora fará alusão à noção de “déficit” a qual é extraída do campo da economia e sugere que o estrogênio deveria continuar a ser produzido pelo corpo da mulher até o final de sua vida. Nesse sentido, ter diminuída sua produção representa uma falha a ser minimizada. Notícia bastante alarmante, em uma época em que a saúde se espetaculariza na superfície dos corpos e se espelha na imagem corporal, afetando a tão proclamada autoestima.

A autora irá apontar o vetor financeiro associado à noção de “déficit”:

Obviamente, essa equação mulher-hormônio representa uma grande oportunidade para negócios altamente lucrativos, tanto no campo da medicina mais ortodoxa (terapia de reposição hormonal, por exemplo) quanto nas vias mais alternativas (uso de substâncias fitoterápicas, suplementos vitamínicos etc.). (Ferraz, 2011, ¶ 13).

As modificações na subjetividade, decorrentes da imagem de si alicerçada somente no corpo biológico, possibilitarão às mulheres viverem em função de disfunções físicas. Desta forma, ocorre uma forma angustiada de lidar com o próprio envelhecimento, buscando-se por soluções exclusivamente medicamentosas. Retoma-se aqui a ideia de que hoje o sofrimento não tem causa, tem remédio.

Observa-se que, cada vez mais, vive-se um cotidiano totalmente pautado no discurso de saúde e medicações. Situações que outrora eram vivenciadas como inerentes à vida, tais como as fases do desenvolvimento (infância, adolescência, vida adulta, menopausa, velhice), hoje são erigidas como doenças, como “déficit”, como “fator de risco”. Assim, somos incitados a dedicar nosso tempo prevenindo o que certamente está por vir e remediando o que era para se sentir.

Para Ferraz (2011), “na cultura da performance e da descartabilidade, passa a ser praticamente impossível atribuir valor ao enriquecimento da experiência humana ao longo de uma vida.” (¶ 22).

Enfim, se na Modernidade a mulher era considerada nervosa e histérica e a solução para sua sexualidade era a maternidade, na Pós-modernidade a mulher passa a ser o efeito de seus hormônios. Logo, o papel da mulher enquanto sujeito de seu desejo e de sua liberdade, volta a ser questionado. O tema do cuidado de si, desenvolvido por Foucault vem à tona enquanto um dispositivo de saber/poder sobre os corpos e sobre as sexualidades, o que em última análise não deixa de ser um “novo” tipo de “adestramento”.

As entrevistas com mulheres em três diferentes gerações foram realizadas, tomando-se por base as transformações pelas quais as mulheres passaram durante o último século. Considerou-se, também, a assertiva foucaultiana na qual os conceitos de saúde e doença são reflexos da conjuntura social, econômica, política e cultural, e, portanto, condicionados a “regimes de verdade” inerentes a cada época.

3 – MÉTODO

Esta seção tem por finalidade descrever a metodologia utilizada e explicitar a forma como se executou esta pesquisa. Com a finalidade de tornar os procedimentos metodológicos claros e objetivos, foram destacados o *modelo de estudo*, os *sujeitos da entrevista* (amostra), os *instrumentos* utilizados, os *procedimentos* e a forma de *tratamento dos dados*.

3.1 - Modelo de Estudo

Foi realizado um estudo exploratório qualitativo a partir de entrevistas realizadas com 24 (vinte e quatro) mulheres, divididas em três gerações, ou seja, 8 (oito) mulheres de cada uma das gerações. Após a transcrição na íntegra das entrevistas, estas foram analisadas segundo o aporte teórico realizado no capítulo anterior.

Como ferramenta para exploração dos dados, optou-se pela Análise do Discurso de Foucault. Esta escolha deveu-se ao posicionamento foucaultiano, o qual considera que o discurso tem existência própria, independente de seus sujeitos. Desta forma, puderam-se analisar os discursos sobre corpo, feminilidade, saúde e doença em três diferentes gerações de mulheres.

Foucault, em seus estudos sobre biopolítica e biopoder, aponta para sensíveis relações entre os discursos médicos e o corpo e uma possível construção sócio-política do binômio saúde-doença. Por conseguinte, a finalidade das entrevistas foi observar esses discursos e compreender como corpo, feminilidade, saúde e doença se revelam na população em geral e como se articulam com a teoria.

3.2 - Sujeitos da entrevista (amostra)

A presente pesquisa utilizou uma amostra por conveniência composta por mulheres de 8 famílias, sendo que cada uma das famílias possuía representantes de três diferentes gerações, totalizando 24 mulheres entrevistadas.

A seleção das mulheres foi definida com base nos seguintes critérios:

- 1º - Famílias constituídas por pelo menos três gerações de mulheres onde a mais jovem possua no mínimo doze anos²⁰ de idade.
- 2º - Possuir pelo menos uma representante de cada uma das três gerações (entenda-se aqui: avó – filha – neta) para que a entrevista possa prosseguir.
- 3º - Concordar com os procedimentos éticos e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE.

A pesquisa foi realizada na cidade de Juiz de Fora, interior de Minas Gerais, e a estratégia utilizada para a seleção das famílias se baseou na técnica da bola de neve “*snowball technique*” na qual, segundo Lopes & Coutinho (1999) e Turato (2003), ocorre a primeira indicação e depois desta, os próprios participantes indicam novas famílias a serem entrevistadas. Estas recomendam outras e assim sucessivamente.

O número de entrevistas foi definido por uma amostra por saturação, ou seja, o número suficiente de entrevistas foi percebido a partir do momento em que se começou a ocorrer invariância (saturação), quando se percebe que os dados significativos das entrevistas começam a se repetir. (Alves-Mazzotti e Gewandsznajder, (1999); Turato (2003).

3.3 – Instrumento

Foi utilizado um roteiro de entrevista semiestruturado (anexo A), com perguntas abertas e fechadas. O instrumento foi elaborado e revisado pela pesquisadora juntamente com a orientadora, tendo sido posteriormente submetido à avaliação de cinco juízes, doutores na área. Esta escolha se fundamentou no fato de que entrevistas permitem abordar assuntos complexos que não são devidamente abordados e aprofundados através de questionários. A natureza interativa da entrevista acaba fazendo com que esta se pareça com um conversa, permitindo que diversos aspectos sejam questionados. (Alves-Mazzotti e Gewandsznajder, 1999).

Segundo os autores acima, a escolha da condução das entrevistas a partir de uma pergunta aberta e bastante ampla deve-se à preocupação em não conduzir as informantes a categorias pré-estabelecidas e permitir que os assuntos ocorram da maneira mais livre possível. “(...) assemelhando-se muito a uma conversa.” (p. 168). Portanto, as perguntas

²⁰ Estas poderão participar das entrevistas após assinatura do TCLE por parte dos responsáveis.

fechadas da entrevista referem-se a dados pessoais das entrevistadas a fim de localizar, de modo sucinto e breve, o sujeito em sua trajetória pessoal e a posição que ocupa na estrutura social. Em seguida, realizou-se uma entrevista individual, em que foi pedido às mulheres que falassem, de modo geral, (perguntas abertas), o que era saúde para elas e como lidavam com seus corpos e suas saúdes. De acordo com os primeiros conteúdos, a entrevistadora fazia novas perguntas até chegar à última a qual trata da feminilidade, ou seja, da forma como lidam com o ser mulher e como veem o lugar desta na sociedade durante as últimas décadas.

3.4 – Procedimento e Análise dos dados

Inicialmente, um projeto intitulado “A disciplinarização dos corpos na construção social do binômio saúde-doença e suas implicações na obesidade²¹” foi apresentado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF) em abril de 2010, uma vez que envolvia sujeitos humanos e foi submetido à "Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa" de acordo com a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, tendo sido aprovado em junho de 2010, sob o parecer nº. 108/2010 (anexo B), quando foi realizada uma primeira entrevista-piloto a fim de possibilitar ajustes à metodologia e ilustrar o procedimento no projeto de qualificação.

Após submissão à banca de qualificação e tendo sido acatadas todas as sugestões, foi confeccionado e entregue ao Comitê de Ética um documento apresentando as modificações ocorridas.

As entrevistas foram realizadas entre os meses de maio e outubro de 2011 e seguiram uma amostragem não probabilística, oriunda do tipo “bola de neve”. O número de entrevistas foi definido a partir da saturação, tendo sido finalizadas quando as informações começaram a se repetir. Totalizaram-se 24 entrevistas, sendo 8 mulheres de cada geração. Todas as entrevistas foram gravadas em meio digital e transcritas na íntegra, constituindo-se material documental/textual.

O arquivo obtido com a transcrição das entrevistas foi explorado através da Análise dos Discursos de Foucault, buscando-se por padrões em contextos amplos, associados a questões da sociedade e da cultura, respaldando-se, principalmente, na preocupação deste autor com as relações entre poder e saber/conhecimento. Sua finalidade foi identificar padrões

²¹ Este título refere-se à primeira versão do projeto que foi aprovada no comitê de ética.

de linguagem com praticas a eles relacionadas e mostrar como estas se constituem em aspectos importantes da sociedade e das pessoas que a compõem. Desta forma, utilizaram-se, como aporte teórico para a análise das entrevistas, os estudos sobre biopoder, biopolítica, processos de construção de subjetividades e dispositivos de sexualidade e controle de gênero. A análise dos dados será apresentada no próximo capítulo.

É importante ressaltar que todos os procedimentos éticos foram cumpridos e encontram-se com a pesquisadora os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE (ver modelo no anexo C) devidamente assinados.

4 – ANÁLISE DOS DADOS

A avaliação dos dados nesta pesquisa foi realizada através da Análise dos Discursos, partindo-se dos pressupostos oferecidos por Foucault nas obras **A Arqueologia do Saber** [1969] (2009) e **A Ordem do discurso** [1970] (2009).

Na primeira obra, Foucault [1969] (2009) define os discursos como práticas que obedecem a regras. Estas possibilitarão ou não a emergência de determinados discursos que, por sua vez, irão se articular com a constituição dos saberes enunciados em cada época.

Foi em **A Arqueologia do Saber** [1969] (2009) que Foucault utilizou o conceito de *enoncé* (enunciado²²), o qual só pode ser entendido dentro de uma prática discursiva que tenha “prestígio de verdade”. O objetivo do método arqueológico é investigar e descrever as regras que dirigem os discursos e entender como estes se produzem.

A obra **A Ordem do Discurso** [1970] (2009) marca a transição de Foucault da fase arqueológica para a genealógica. Mas é importante ressaltar que a segunda fase não suprimiu a primeira. Trata-se muito mais de um ponto de convergência. Foucault havia estudado os saberes e a linguagem e passou a investigar, em seguida, as relações microfísicas da história. Desta forma, o livro apresenta dois pressupostos que se articulam entre si: o conjunto crítico e o conjunto genealógico. O primeiro tem por objetivo analisar por quais interesses e necessidades os discursos se formam, como se modificam e se deslocam, e que forças atuam sobre eles. O segundo tem o intento de pôr em prática os princípios presentes no conjunto crítico: “como se formaram, através, apesar, ou com o apoio desses sistemas de coerção, séries de discursos; qual foi a norma específica de cada uma e quais foram suas condições de aparição, de crescimento, de variação” (Foucault, [1970] 2009, p.60).

Não é preciso tampouco confundir a relação entre um enunciado e o que ele enuncia com a relação entre uma proposição e seu referente. (...) É preciso saber a que se refere o enunciado, qual é seu espaço de correlação, para poder dizer se uma proposição tem ou não um referente. (...) ela não pode tampouco ser superposta à relação entre uma frase e seu sentido. O afastamento entre essas duas formas de relação aparece claramente nas famosas frases que não têm sentido, apesar da estrutura gramatical inteiramente correta (...). É no interior de uma relação

²² A noção de enunciado de Foucault é distinta da análise linguística e da análise da história do pensamento. Os linguistas também trabalham com enunciados e os descrevem, mas, nesse caso, trata-se de estabelecer aquelas regras que permitiram eventualmente construir novos enunciados. Para Foucault, o problema é outro: não é segundo quais regras é possível construir novos enunciados, mas como aconteceu que somente tais enunciados tenham existido e não outros. (Castro, 2009, p. 136).

enunciativa determinada e bem estabilizada que a relação de uma frase com seu sentido pode ser assinalada. (Foucault, 1969, p. 101).

Para Foucault, o discurso tem caráter construtivo da realidade e produz efeitos decisivos no modo como se configura o mundo social. As práticas discursivas são, portanto, práticas sociais, produzidas através de relações de poder concretas, numa época determinada, apontando para efeitos reguladores e controladores da ordem social. (Nogueira, 2001). As práticas discursivas produzem saberes, estratégias e práticas. (Revel, 2002).

Dessa forma, a avaliação das entrevistas, nesse estudo, fixou o olhar no acontecimento discursivo e não nos sujeitos do discurso. Buscaram-se, portanto, os dispositivos discursivos que sustentam as práticas de saúde.

Assim, a análise que se segue teve como primeiro passo, após a transcrição literal e leitura das entrevistas, a elaboração do perfil das participantes e contextualização histórica das gerações. Em seguida, passou-se à seleção dos enunciados. Estes foram divididos de acordo com as gerações (*Geração 1, Geração 2 e Geração 3*) representadas, sucessivamente, por avós, filhas e netas. Os principais enunciados foram categorizados conforme os dispositivos de poder subjacentes aos discursos sobre feminino e sobre saúde.

Vale ressaltar que, devido à seleção das entrevistadas ter seguido a técnica da bola de neve, o perfil das mulheres acabou se mostrando muito próximo. Todas residem na região central e/ou zona sul da cidade de Juiz de Fora, uma cidade de médio porte localizada no interior de Minas Gerais. Desta forma pode-se dizer que elas pertencem economicamente à classe média e tem bom nível sócio-cultural.

4.1–Discursos da *Geração 1*

As mulheres, aqui denominadas de G1 (*Geração 1*), nasceram entre os anos de 1925 e 1946 e encontram-se com idades entre 65 e 86 anos. Cinco delas são viúvas e todas se casaram uma única vez. Tiveram entre 2 e 8 filhos. São alfabetizadas, mas o maior nível de estudo completado entre elas é o ensino fundamental. Profissionalmente, somente duas se inseriram no espaço público, uma delas até o casamento e outra trabalhou ajudando o pai e o marido em um estabelecimento comercial da família. As demais nunca trabalharam fora de casa.

Para possibilitar uma melhor análise das entrevistas feitas à G1, torna-se importante ressaltar que elas vivenciaram o momento histórico da Segunda Guerra²³, que culminou com a separação do mundo em dois blocos: capitalista X socialista e início da Guerra Fria²⁴. O Brasil, segundo Polignano (2001), ainda era marcado por uma economia agroexportadora e vivia o início da transição desta para um processo de industrialização restrito inicialmente ao eixo Rio-São Paulo. Os movimentos correlatos à Modernidade, já bem desenvolvidos na Europa, inseriram-se paulatinamente na sociedade brasileira, principalmente através da vinda de imigrantes europeus para o Brasil. A experiência que estes trabalhadores possuíam, tanto do ponto de vista técnico quanto dos direitos trabalhistas, contribuiu para as conquistas sociais e de saúde. Pôde-se verificar que até 1923, (data da assinatura da Lei Eloi Chaves, a qual instituiu as Caixas de Aposentadoria e Pensão), ainda não havia políticas de previdência social, e, mesmo com a institucionalização desta, a assistência médica ainda não era incluída enquanto parte da previdência. (Polignano, 2001, p. 7). Constata-se que os movimentos pró-saúde surgiram tardiamente no Brasil. Foi na década de 1950, em decorrência da crescente urbanização e aumento de trabalhadores assalariados que os setores médico-hospitalares se desenvolveram. (Nics, 1988).

O contexto acima citado pôde ser constatado nas entrevistas, porém, além do contexto sócio-histórico mais amplo evidenciado nas entrevistas, perceberam-se também aspectos bastante localizados, que diziam respeito à cultura mineira. Aspectos como alimentação, religiosidade e residência rural na infância foram recorrentes nas entrevistas e portanto demonstram especificidades regionais.

Sobre a saúde, percebeu-se que a *Geração 1* apresentou, em seus relatos, poucos termos científicos ou médicos ao se referir aos cuidados com a saúde e não se pôde observar a existência de prevenção e de prescrições de cuidados regulares com a mesma:

“Ah... no meu tempo de moça, a gente só ia ao médico se sentisse, né? Preventivamente não.” (23G1 - 65 anos).

“Na minha juventude, não tinha preocupação nenhuma com doença não, não tive doença nenhuma. Depois de casada que surgiram vários problemas de doença.” (19G1 - 76 anos).

“Só se preocupavam quando estava em crise. Porque na minha casa, a minha mãe, todo meio de ano e principio de ano a gente tomava um tal de lumbrigueiro... Você já

²³ A Segunda Guerra Mundial durou de 1939 a 1945 e envolveu a maioria das nações do mundo.

²⁴ A Guerra Fria foi um conflito de ordem política, militar, tecnológica, econômica, social e ideológica que se configurou em disputas estratégicas e conflitos indiretos entre os Estados Unidos e a União Soviética entre o final da Segunda Guerra Mundial (1945) e a extinção da União Soviética (1991).

ouviu falar em lumbrigueiro? É remédio de verme, para não ter essas coisas, não ficar doente durante o ano e não perder aula. (...) Dava um fortificante também, um Biotônico e tudo, um ferro. Pra poder não adoecer.” (23G1 - 65 anos).

Embora não se tenham notado referências a dispositivos de saber/poder vindos da ciência, em especial da medicina, pôde-se, por outro lado, perceber que os discursos sobre saúde estavam relacionados a temas, tais como, costumes, preceitos morais e religiosos. Foram encontradas alusões a *tabus*, respeito, religião e condutas ditas como adequadas. Estes influenciavam o vestuário, os cuidados com o corpo, com a saúde e com os comportamentos. Desta forma, evidenciou-se que o discurso religioso e moral era, nos relatos das mulheres entrevistadas, prescritivo de “bons comportamentos” e, portanto, normativo conforme se observa nos relatos abaixo.

“Hoje, com a idade que eu tenho hoje, eu estou com 77 anos, eu queria estar com 20 anos, ser jovem pra usar algumas coisas tipo bijuterias: colares, brincos (...) mas, se eu usasse isso naquela época, eu ia não sei o quê, acho que seria queimada igual Joana D’arc. Era proibido, era mal-visto.” (01G1 - 77 anos).

“Antigamente tinha coisa muito melhor que hoje. Havia respeito, muita religião, a pessoa era muito religiosa, então evitava muita coisa. Agora, hoje não tem mais respeito, não tem mais respeito por ninguém.” (09G1 - 86 anos).

“Quando comecei a trabalhar, não podia usar calça comprida. Era tachada de mulher leviana, que saltava a cerca. Eu pus calça comprida muitos anos depois. Um frio danado aqui em JF e a gente não podia usar calça comprida. (...) Mas luto, naquela época, por exemplo, tinha que se ficar um ano usando preto... era um calor e a gente de gola alta e roupa toda preta, manga comprida, senão era o maior desrespeito. Esses eram os tabus que tinham naquele tempo.” (01G1 - 77 anos).

“Modificava tudo, porque a pessoa tinha religião, tinha respeito pelo ser humano e tinha cuidado com a saúde, evitava muita coisa que hoje a pessoa não evita.” (19G1 - 76 anos).

“É por causa da religião e o respeito que a vida tem. (...) Hoje os pais acham que o filho tem que ser educado no colégio e não em casa. E antigamente não era assim, o filho era educado em casa. Aprendia tudo em casa.” (21G1 - 85 anos).

Outro dado relevante refere-se aos discursos sobre a “morte”. Esta era vista como algo relativo à “velhice”, ou decorrente de alguma doença. Havia naturalidade em aceitá-la, mas, como forma de respeito, usava-se preto (luto) quando do falecimento de um dos membros da família. Entende-se que a saúde e a doença/morte eram vistas da mesma forma: não existiam muitas justificações, explicações ou alusões à falta de cuidados com a saúde. Para elas, morria-se de velhice ou de doenças; era uma coisa que acontecia e pronto.

“Quanto à saúde, a minha família, do lado da minha família, morria quase todo mundo com derrame. (...) A minha avó: uma morreu com 94 e 91 anos, uma alemã e outra italiana, mas tiveram assim... a minha avó de 94 anos trabalhou até a hora da morte. Morreu mesmo de velhice, senilidade, como eles falam. (...) Aí começou a vir a outra geração. Todo mundo morre cedo. Perdi uma irmã com 21 anos. Aí chegou a era da tuberculose. (...) Houve uma morte enorme aqui em Juiz de Fora, uma morte enorme.” (01G1 - 77 anos).

“Antigamente, é curioso... morriam menos jovens. Os pais não passavam tanto por essa dor, como as mães jovens hoje estão passando. Porque hoje por causa da, dessa moto, dessa possibilidade de você ter, possuir, está matando muitos jovens de 16, 15 anos. Essa confusão que tá entre a juventude de matar o outro com 14,15...Menina que mata menina, menino que mata menino. Então, isso está morrendo muito cedo entendeu?” (23G1 - 65 anos).

“Vejo a morte com naturalidade... Acho que tudo que nasce, morre. A gente começa a morrer, na hora que a gente dá o choro da vida, você esta dando o choro de que você está começando a morrer. Então eu acho assim, ou mais hoje, ou mais amanhã, vai morrer.” (15G1 - 79 anos).

Os relatos que se seguem referem-se à alimentação e às atividades físicas. A primeira estava relacionada a hábitos familiares que se estabeleciam de acordo com a possibilidade e disponibilidade, já que eram produzidos pela própria família e consumidos de forma irrestrita. As atividades físicas seguiram o mesmo padrão, pautando-se em brincadeiras, trabalhos em casa e educação física escolar. Constatou-se que ambas eram controladas pela família/escola. Não foram observados relatos que as relacionam a discursos científicos.

“Comia-se de tudo!” (09G1 - 86 anos).

“A alimentação era muito melhor do que hoje. A minha mãe morreu com 94 anos e comeu tudo que tinha direito: linguiça chouriço, carne de porco, torresmo... Ela comia tudo e ela tinha o colesterol normal, tudo direitinho dentro dos conformes.” (01G1 - 77 anos).

“É, a alimentação era uma coisa mais natural (...) o que fazia para todos eu alimentava. (...) Não existia comida boa, comida ruim. Pra mim nem existe. A gente comia as coisas saudáveis, então. Agora hoje em dia, não. Tudo que a gente vai comer...ah, não pode comer isso não...Eu não fui criada assim”. (02G1 - 80 anos).

“Eu fazia no colégio, que naquele tempo usava muito de fazer ginástica, né? (...) na educação física. Normalmente outro tipo de ginástica igual hoje usa muito, não. Ninguém fazia não”. (19G1 - 76 anos).

“A gente brincava muito de bandeirinha, de pique, de esconder, mas tudo sobre os olhos de mãe.” (23G1 - 65 anos).

A participação da família foi marcante nos discursos alimentares e de atividades físicas e também se destacou no cuidado com os filhos, intervindo, inclusive, no

lazer e no namoro das moças. De certa forma, parece uma relação de vigilância, mas que, por outro lado, demonstra uma participação efetiva das famílias no crescimento, desenvolvimento e, principalmente, nas escolhas dos filhos, bem como uma relação de trocas e cooperação entre familiares e vizinhos. Enfim, uma relação de “proximidade” e “vigilância” entre os pequenos grupos (família, familiares, vizinhos) conforme citações abaixo:

“(...) diversão era só cinema e rádio, não tinha outra coisa. Mas tinha muito baile. Eu, por exemplo, não saía dos bailes. Era pé de valsa. Baile a mãe tinha que acompanhar, namorado não podia pegar nem na mão. Só depois que eu fiquei noiva e que eu pude andar de braços dados com meu noivo.” (01G1 - 77 anos).

“o meu marido [durante o namoro], quando ele aparecia, minha mãe separava a cadeira, uma bem longe da outra... Ela aprendeu a fazer tricô e crochê aquela época, porque ela ficava naquele cantinho lá. Aí, ela sempre servia um cafezinho, um bolinho, alguma coisa, né? O meu pai, que já estava dormindo, de mentira, na hora que a minha mãe saía, ele ficava atrás da porta olhando pela greta. Mas eu só fiquei sabendo disso depois, eu não sabia não.” (23G1 - 65 anos).

“Eu saía para ir pro baile. Minha mãe falava: - não vai dançar com o fulano, que é o que eu casei. Eu falava: tá bem, mãe, pode deixar. Chegava lá, ele chegava tarde. Eu dançava com todos, conversava, eles queriam me namorar. Meu pai nunca que ia, dava ordem em casa. A mãe que levava. Mas quando chegava na porta...que você está fazendo? Eu mergulhava no meio de todos e ia dançar com ele.” (02G1 - 80 anos).

“Os alemães eram muito amigos. Eu me lembro que dia de domingo eu ia almoçar na casa da minha avó e depois ia fazendo via sacra, passando na casa de todos os parentes e em todos eles tinha que tomar café (lanche), (...) Os quintais eram todos abertos. Aí um plantava couve, outro plantava alface e depois trocavam, pra depois diversificar, né?” (01G1 - 77 anos).

Os discursos sobre corpo e saúde femininos ratificaram ainda mais a importância da família. Percebeu-se uma relação direta entre o ser mulher e o casamento. Os relatos abaixo fazem alusão ao cuidado da casa, dos filhos e demonstram a construção do gênero feminino no qual a norma é pautada na heterossexualidade, na conjugalidade e na família.

“É, no meu tempo era assim. A vida era casar e ter filhos, cuidar de casa. Nunca pensei em trabalhar fora. Fiz naquela época só até o ginásio. Na minha época não tinha faculdade. Se tinha, eu não sabia. Sabia que tinha cursos melhores, superiores, e tal, né? Mas não se falava em liberdade igual hoje, as pessoas só pensam em formar os filhos. Naquela época não tinha essa preocupação dos pais em formar os filhos, não.” (19G1 - 76 anos).

“Casei com 16 anos, sabe? Vou fazer ano que vem 70 anos de casada. E casei direitinho, sabe? Não foi rápido, não.” (09G1 - 86 anos).

“Ah, sei lá. A natureza da gente já... evolui mesmo com a gente. (...) Olha, a gente sabia que quem era homem tinha lá seus prazeres e a gente tinha os da gente. Eu acho porque era mulher, né?” (02G1 - 80 anos).

“Para certas pessoas, tem mulher que tem natureza muito forte, que tem necessidade de sexo, entendeu? Já outras são mais frias, mais calmas.” (23G1 - 65 anos).

“Existia também o trabalho da mulher e o trabalho do homem. Eu tinha meu serviço, ele tinha lá o dele, com os empregados. Isso nunca foi um problema pra mim, era normal.” (09G1 - 86 anos).

A produção dos corpos e comportamentos femininos também pôde ser observada e surgiu nos discursos sobre a forma da obrigatoriedade da virgindade e/ou do “perigo” de se engravidar fora do casamento conforme relatos a seguir:

“Nossa, mas quando percebia que a gente ficou mocinha, menstruou...Moças aqui em casa, só fica até ser moça, porque, se errar, a porta da casa é serventia da vida, entendeu? (...) Hoje em dia, quando a minha neta menstruou, minhas sobrinhas...ihhh, pai enche o quarto de flor, compra coisa nova, dá jantar e não sei o que... Eu falo: como que está bom o negócio, como que mudou.” (23G1 - 65 anos).

“Ah minha filha... isso tinha que ser [virgem]. A gente trabalhava, tinha liberdade e tudo, mas os moços sabiam, os irmãos estavam juntos, (...) o pai orientava.” (09G1 - 86 anos).

“Eu não tinha muita preocupação, não. Eu seguia conforme era o regime, àquela época. Tinha que ser virgem e tal. Eu achava que era uma coisa normal. (...) Não sei se as outras eram. Eu não, não tive preocupação com sexualidade, não.” (19G1 - 76 anos).

“Você nem imagina como era isso... Se alguém fazia, era escondido, mas tinha as moças que tinham dinheiro e ficavam fora [abortavam] e as que não tinham que ficavam mal-faladas.” (15G1 - 79 anos).

Sobre o uso da pílula, algumas entrevistadas não falaram ou fizeram sinal de negação com a cabeça, demonstrando um desconhecimento ou até mesmo uma visão negativa sobre o assunto. O uso desta só era aceito quando usada em prol da saúde, não como contraceptivo.

“Não havia ainda... Ainda não tinha. (...) Eu acho, não tenho certeza que eu usei, mas não como anticoncepcional. Como tratamento.” (23G1 - 65 anos).

“Eu não lembro se tinha. Acho até que tinha, não tenho certeza, mas eu morava na roça e lá não usava não.” (09G1 - 86 anos).

É interessante destacar que, em alguns momentos das entrevistas, os discursos sobre saúde e estética adquiridos por estas mulheres até a juventude se entrecruzam com os discursos atuais (pós-modernos) e demonstram certa incongruência. O relato abaixo é bastante ilustrativo, pois a participante se sente ofendida quando o médico lhe pergunta se queria

emagrecer para ter uma silhueta bonita. Este discurso apresenta a interseção entre saúde e estética, bem como demonstra a impossibilidade da vaidade feminina diante da viuvez. Ressalta-se a influência dos novos discursos nos mais antigos.

“Eu, depois que tive o AVC, eu tava gorda. Aí o médico falou que eu teria que emagrecer. Aí eu fui no médico e ele perguntou: você quer emagrecer pra quê? É pra melhorar a silhueta? Eu falei: doutor, olha bem pra minha cara, eu tenho cabelo branco, sou viúva, pra que eu quero melhorar a silhueta? (...) Mas eu fiquei com tanta raiva de ele achar que o que eu queria era ficar bonita, com vaidade. Aí eu peguei e fui em outro, um que até a mulher dele é nossa parente e ele é muito engraçado. Aí eu cheguei lá e falei: olha eu vim aqui porque eu tenho que emagrecer porque eu tive um avc, mas se você falar que eu tenho que tomar leite desnatado, que eu tenho que tomar remédio pra emagrecer, não me mande fazer isso. Você tem que arrumar um jeito de eu emagrecer sem essas frescuras. Aí ele falou: Você não quer que eu faça milagre, né?” (01G1 - 77 anos).

Pôde-se depreender que a *Geração 1* referiu-se aos constructos de corpo, sexualidade e saúde de maneira bastante próxima ao discurso da Modernidade na qual o corpo e, conseqüentemente, a saúde são valorizados enquanto instrumentos de trabalho e de desenvolvimento capitalista. São corpos-máquinas, corpos-dóceis e subjetividades vigiadas.

4.2 - Discursos da *Geração 2*

As mulheres, aqui caracterizadas como G2 (*Geração 2*), possuem idades entre 45 e 55 anos. Nasceram entre os anos 1956 e 1966 e viveram sua juventude em torno da década de 1970, período em que a liberdade feminina estava sendo reivindicada. O nível de estudos entre elas é maior do que o da geração anterior. As oito possuem ao menos o ensino médio e se profissionalizaram. Algumas possuem, inclusive, pós-graduações. O número de filhos é consideravelmente menor, variando entre 1 (um) e 3 (três). Apenas uma das entrevistadas não se casou. As outras tiveram ao menos um casamento, sendo que duas já se divorciaram e encontraram novos companheiros.

A *Geração 2* se desenvolveu em um período histórico no qual, mundialmente, ainda se mantém a Guerra Fria. Ocorre a construção do muro de Berlim e, diante da Guerra do Vietnã, aumentam os movimentos pacifistas. No Brasil, ocorre, em 1954, a morte de Getúlio Vargas, e em 1955 a eleição de Juscelino Kubitschek, marcando um processo de expansão econômica. Vale lembrar que foi na década de 1950 que houve a difusão científica e tecnológica e as primeiras transmissões televisivas, o que impulsionou mudanças culturais e

comportamentais. Porém, na década de 1960, ocorreu o Golpe Militar, que perdurou de 1964 a 1985. Embora se tratasse de um período caracterizado politicamente por golpes e guerras, por outro lado, vem à tona um arsenal cultural e movimentos reivindicatórios que influenciaram a juventude desta época. Esta sucessiva eclosão de movimentos sociais, culturais, econômicos e políticos do início dos anos 1960 bem como o intenso desenvolvimento de tecnologias, segundo Coelho & Severiano (2007), marcam a passagem histórica da Modernidade para a Pós-modernidade (ou Contemporaneidade) e o estabelecimento de um mundo dominado pelo capitalismo e pela “globalização”.

Do ponto de vista da saúde no Brasil, essa geração vivenciou a tentativa de unificação do sistema de previdência social, a qual era destinada a abranger todos os trabalhadores sujeitos ao regime da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) e a formulação de algumas políticas sociais, ocorridas durante o Golpe Militar, com o intuito de legitimar o próprio governo perante a população. O processo de unificação previdenciária previsto para o início da década de 60 só ocorre de fato em 1967, com a implantação do Instituto Nacional de Previdência social (INPS) e, em consequência de dificuldades administrativas e financeiras, leva à criação do Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) em 1978 e à sucessiva criação de várias políticas e campanhas nacionais de saúde, inclusive voltadas à saúde da mulher. (Polignano, 2001).

A G2 refletiu o contexto histórico, político e cultural citado acima, tendo em vista que demonstrou estar complementando e/ou questionando os discursos da geração anterior e/ou introduzindo os da G3. Este dado confirma o período de transição em que estas mulheres viveram.

Os cuidados com a saúde demonstram certa peculiaridade, pois, se por um lado, referem-se à saúde em termos de preocupação, de medo de ficar doente, por outro lado, os mesmos discursos são pontuados pelo cuidado “tardio” e pouco constante. Perceberam-se várias referências destas mulheres a se sentirem “meio relaxadas” e a cuidarem da saúde de maneira “errada” conforme exposto abaixo:

“Eu, pra te falar a verdade, sou meio relaxada sobre estes aspectos. Assim eu preocupo, mas faço muito pouco. A coisa mais errada minha é alimentação. Pois exercícios eu faço.” (09G2 - 55 anos).

“Eu vejo muita reportagem, eu sou igual a minha mãe. As minhas coisas todas são hereditárias. (...) Escuto o que pode e o que não pode. Eu também sou diabética, mas assim, eu sou muito relaxada. (...) Toda semana começo, né, a mudar meus hábitos, mas eu não... Mas agora eu estou decidida, pra tentar pelo menos controlar.” (19G2 - 54 anos).

“Eu acho que deveria fazer mais, fazer uma atividade física, porque eu vejo assim, muita coisa hereditária. Com relação à ginecologista, eu vou todo ano, mas ultimamente o único médico meu é ginecologista, desde a minha filha pequena. Vou a outro médico quando dá infecção. (...) Quando eu vejo alguma disfunção, alguma coisa é que eu vou atrás de médico. Se não, eu não vou.” (21G2 - 54 anos).

“Apesar de que eu tenho consciência que uma hora vai a casa cair, eu tenho que dar um jeito, porque se você tem um problema e ainda não está sentindo, você vai insistir.” (19G2 - 54 anos).

A contradição existente entre os cuidados com a saúde e o medo de adoecer constatada acima não se confirma nos discursos sobre alimentação e atividades físicas. Percebeu-se que estas mulheres se referem à sua juventude como um período marcado por hábitos, tanto alimentares quanto de prática esportiva e de lazer, que apontam para vivências prazerosas e sem muitas regras pré-estabelecidas, como confirmam os discursos abaixo:

“Uma coisa que eu falo da parte de alimentação é que a gente almoçava e jantava e tinha doce depois do almoço. Agora, chega à noite e é pizza, lanche, hambúrguer. (...) Merenda de escola; a gente levava ovo cozido. Nem ia na cantina. (...) A gente ia pro clube e chegava em casa morta de fome e comia comida. O máximo que levava era uma maçãzinha. Não tinha isso de chegar no clube e ter coxinha, refrigerante e pensar em comer o tempo todo, não.” (01G2 - 54 anos).

“Atividade física pra mim é algo prazeroso, sempre gostei. Sempre gostei de andar de bicicleta, sempre, desde pequena. Aí teve uma época que eu estava com uns 20 e poucos anos, 24 anos, aí sempre malhei muito, pedalei, fazia Montonbike, essas coisas, sempre gostei dessas coisas. Mas depois fiquei muito preocupada também com a questão de não engordar, entendeu? Hoje eu tenho uma preocupação maior com saúde do que na época.” (23G2 - 45 anos).

“Quando eu era jovem, eu gostava muito de participar, de jogar vôlei, sempre adorei jogar vôlei. No colégio participava de campeonato. Depois que eu casei, eu andei fazendo umas ginásticas para espairecer um pouquinho e tal. E hoje em dia eu cheguei à conclusão: sou muito sem persistência, sabe? (...) Na minha época, era assim... um esporte que a gente praticava e a ginástica mais tradicional não tinha tanto. Hoje em dia, tem muito aparelho, muita aparelhagem”. (15G2 - 53 anos).

“Então você vê assim, eu penso assim. A mídia divulgou uma dieta, uma alimentação que você vai ver o poder aquisitivo nem sempre vai com aquela coisa (...) Além disso, a, nossa vida é muito corrida, vai daqui, vai dali. Tem que ter café da manhã, tem que alimentar de 2 em 2, de 3 em 3 horas e durante o serviço você não tem horário para isso tudo.” (21G2 - 54 anos).

“Agora, depois de velha, é que eu tô bebendo leite. (...) Agora é que eu tô tomando por causa da osteoporose. Meu corpo é osteoporose daqui [mostrando a cabeça] até o pé. (...) Aí o médico me mandou fazer aquela reposição com cálcio. Mas depois ele disse que eu tinha que parar de fumar senão o cálcio não era fixado. É muito complicado”. (01G2 - 54 anos).

Outro dado que pôde ser ressaltado é que, embora as mulheres da G2 tenham alguma dificuldade em se adaptar aos discursos médicos e midiáticos sobre saúde, elas têm ampla percepção da influência destes e chegam até mesmo a se referir a eles em contraponto à religião e inserem comentários sobre a influência econômica (mercado/consumo).

“A Igreja, eu acho que só atrapalha. Ela é muito radical em tudo. Mas os meios de comunicação eu acho que ajudou muito. Eu acho que sempre ajuda. Sempre contribui. Igual àquele programa agora. “Mais você”, não é? O bem-estar... Nossa, é tudo de bom... O dia que eu não consigo ver eu vou lá na Internet e olho ele. Então eu acho que ajuda muito.” (09G2 - 55 anos).

“Essa neura que existe hoje é uma coisa mais atual. Antes, na minha época de jovem, não tinha essa coisa toda, não. Acho que existia assim, um caso ou outro, mas hoje, não. Hoje é muito direcionado [referindo-se à atividade física]. (...) Eu acho que foi a televisão que influenciou, a comunicação que fez com que gerasse essa neura geral, né?! (...) Mas, apesar de que, na mídia, os nutricionistas entram também. (...) Hoje tem muita coisa que a gente começa a prestar atenção, é por causa da mídia.” (19G2 - 54 anos).

“Eu acho que o apelo vem dos meios de comunicação. Porque não tinha antigamente. Não tinha televisão. A propaganda de rádio dizia que era só tomar vitamina.(...) Agora não. A televisão englobou o mundo inteiro. Aí você tem acesso a tudo.”(...) à propaganda de aparelho de ginástica. Se você ver, isso vende o dia inteiro. Eu falei: é um puxar pra cá ou puxar pra lá. (...) O apelo hoje é muito forte. Você vê que o apelo hoje é tão grande que teve uma época que minha neta (8 anos) resolveu que só ia tomar *coca zero*, que era pra não engordar. Ou seja, a criança já vem com aquele apelo do que engorda e do que não engorda. (...) Porque o vender hoje está muito.... Vender a imagem, vender o produto. Todo mundo nesse meio. Que desespero de ter que ser magro, de o meu cabelo ter que ser assim e não sei o que mais. Não é por aí, não. Mas eu acho que o apelo hoje está complicando muito”. (01G1 - 77 anos).

Compreende-se que tanto a G1 quanto a G2 percebem a influência dos discursos médicos e midiáticos nos cuidados com a saúde, embora não pareçam tê-los vivenciado muito intensamente. Referem-se a eles em relação, principalmente, às suas filhas e netas. Mas demonstram estar sempre atentas às prescrições e informações sobre saúde.

Nas citações abaixo, constatou-se a dimensão ocupada pela mídia e pela ciência médica nas prescrições sobre cuidados com saúde.

“Internet, tenho visto na internet. E com profissionais, porque eu consulto regularmente. Vou no cardiologista uma vez por ano, faço consulta regular com a endocrinologista, por causa da...eu faço consulta com a endocrinologista por causa da tireóide que oscilava muito o peso.” (02G2 – 55 anos).

“De qualquer um. Se falar comigo que isso é bom. Até no mercado. Se eu olhar se isso é bom pra isso... eu vou comprar. Depois olho na Internet pra ver pra que serve e faço. (...) Se o médico falar pra usar, eu uso. Eu acredito em tudo, tudo que falam que é bom, eu acredito.” (09G2 - 55 anos).

“Ah eu também assino aquela Saúde. Meu marido até que assinou para mim. A Saúde, aí junto vem a Boa Forma, mas eu gosto mais da Saúde, do que da Boa Forma... A Saúde eu leio, a Boa Forma, só dou uma olhada assim.” (23G2 - 45 anos).

“De ir ao médico, nutricionista, endocrinologista, que fala que eu não posso ficar muito tempo sem comer porque aí produz a insulina, né? Então, assim, dos médicos falarem, eu sei que já cheguei à conclusão de que é errado, que o organismo não pode ficar muito tempo sem comer, mas eu não ligo. Almoço pra mim, eu posso ficar sem almoçar tranquilamente.” (19G2 - 54 anos).

“Ah tem muita coisa... A mídia divulga muita coisa, né? A pessoa tem que ter senso, pra poder fazer um equilíbrio disso aí, né.? Para poder aproveitar o que tá de bom e isolar o que tem de exagero.” (02G2 – 55 anos).

Entretanto, o dado mais proeminente nas entrevistas da G2 se referiu à forma como encaram o “ser mulher” e as modificações ocasionadas pelo feminismo, tanto em sua sexualidade quanto em sua inserção no espaço público. É importante ressaltar que estas mulheres viveram, em sua juventude, o clima de debates advindo da ascensão do movimento feminista o qual teve, segundo Pinto (2003), seu auge no Brasil em 1975. Desta forma, ressaltam-se as conquistas referentes à sexualidade feminina e inserção da mulher no espaço público do trabalho. A marca destes dados históricos foi bastante evidente nos discursos da G2. A independência e, principalmente, a emancipação das mulheres a partir da inclusão profissional foram constantemente referidas nas entrevistas transcritas abaixo.

“Eu acho, acho que, no meu tempo mulher, não tinha muito espaço, né? Hoje a mulher tem quase os mesmos direitos dos homens. [Quase os mesmos. Quais ela não têm?] Ela tem igual, entendeu, mas naquela época não existia esse espaço. Então eu acho que a gente perdeu muito. Acho que nós mesmos corremos atrás disso. Acho que foi uma questão de diálogo.” (09G2 - 55 anos).

“Ah, eu acho que acabou dando uma liberada maior na mulher, mesmo. Acho que nem é isso que pesa mais. Mas acho que o que pesa é a postura da mulher, né? Na sociedade, os espaços que foram abertos. É, ela poder procurar um nível de igualdade com o homem. Acho que foi mais pelo social do que pelo sexual.” (15G2 - 53 anos).

“Acho que é trabalhar fora, ter seu próprio dinheiro que hoje, muitas mulheres são o chefe da família. Às vezes eu brinco que tem uma música que fala: eu brinco que eu sou mais macho que muito homem, porque eu sou, eu sempre fui dentro da minha casa, eu sempre fui chefe da minha família. Não era meu marido.” (02G2 – 55 anos).

“A mulher começou a exigir mais, a mostrar que ela tinha lugar na sociedade. Começou a trabalhar, por exemplo. Na minha parte, eu comecei a sentir muito isso, depois que eu comecei a trabalhar. Porque eu casei e não trabalhava, embora tenha essa ajuda dele, mas eu era submissa a ele, dependia tudo dele, tudo é ele, era ele. (...) E quando foi recentemente, há uns 15 anos atrás, eu comecei a trabalhar. (...) Aí no mês, quando eu comecei a trabalhar, foi a minha libertação sabe? Eu comecei a

me impor. Quando minha filha era pequenininha, ela falava que quando crescesse ia ser mãe e dona de casa, porque ela me via como mãe e dona de casa. Eu não fazia nada, era só por conta de casa. Aí eu comecei a trabalhar. (...) Até no ponto de vista sexual, porque antes eu achava que eu tinha obrigação, e depois que eu comecei a trabalhar, ah que se dane. Hoje eu não quero. Então tinha que ficar inventando dor de cabeça, sabe? E hoje em dia, não.” (19G2 - 54 anos).

“Quando você trabalha naquilo que você gosta, traz um pouco de... essa obrigação, mas trás também alegria. Acho que fez a mulher ficar muito independente. Fez a mulher procurar um caminho fora de casa. (...) Tem muita gente que acha errado, que a mulher tinha que estar dentro de casa, mas a mulher em casa é muito submissa, não dá certo não... sem um diálogo, uma conversa... é só obedecer, obedecer, obedecer?” (21G2 - 54 anos).

“A mulher, estando segura daquilo que ela tem, a parte financeira resolvida, ela vai fazer com que a parte sexual, seja para o bem dela, porque aí, se ela quer ter filho, ela para de tomar pílula.. Se eu não quero, eu tenho dinheiro para comprar pílula. (...) A parte financeira vai te dar liberdade tanto financeira quanto sexual.” (19G2 - 54 anos).

Os relatos acima demonstram maior facilidade das mulheres da G2 em conversar sobre a sexualidade com seus pares (maridos, namorados e amigos) e com seus filhos, embora tenham relatado dificuldades em falar sobre o assunto com seus pais. Outro dado que se pôde destacar nas entrevistas refere-se à virgindade. Esta não era mais tratada como um tabu para as entrevistadas, mas representava algo complicado de se negociar com a geração precedente. As respostas sobre sexualidade e virgindade que se encontram a seguir são bastante curiosas:

“[referindo-se a sexo] Com a minha mãe, não, mas com meu marido e com minha filha é tranquilo. (...) Segui as normas, não tinha jeito. Dei sorte. Não sei como não escapuliu o negócio, era difícil segurar a onda [referindo-se à virgindade/sexualidade]. (...) Eu acho que eu perdi muito, 27 anos ainda virgem... Imagina... Pelo amor de Deus. Tinha que ter feito isso mais cedo.” (09G2 - 55 anos).

“Não, graças a Deus não, entendeu? [referindo-se a casar virgem] Mas ficava... Ficava preocupada, né? De magoá-los. De eles ficarem sabendo de alguma coisa, de engravidar. Um medo de engravidar, na época a gente não tinha essa informação igual eles têm hoje, né? De camisinha, disso, daquilo, não tinha. Então morria de medo, morria de medo.” (23G2 - 45 anos).

“Não, não casei virgem. (...) Também não foi nada assim traumatizante, nem combinado, foi acontecendo, as oportunidades foram acontecendo. (...) Meu pai sempre teve muita confiança em mim. Ele, desde que eu comecei a namorar, nos meus 15 anos, eu lembro que ele chegou na janela da minha casa lá em (...) e tinha um casal namorando na rua, assim meio exagerado. Ele me chamou e falou assim: Estou vendo que você está com namoradinho. Aquilo ali está certo? Claro que eu falei que não, né?.Aí ele falou: pois é, esse tipo de namoro é ruim para a moça, acaba com ela, se ela não se cuida daqui a pouco você já está falando mal dela, depois esse namoro não dá certo e aí...Ele sempre foi de explicar por quê. Quando ele falava, quando ele me dava um conselho, era sempre uma coisa fundamentada”. (02G2 - 55 anos).

“É interessante, eu não sei se por que eu tive muito ranço daquela minha época mais jovem, aquela coisa de que não pode fazer isso...que não pode masturbar. Não pode isso, não pode aquilo. (...) E eu sempre fui muito de, meu pai e da minha mãe, de prestar obrigação, satisfação a eles. Eu tinha muito medo de acontecer alguma coisa antes do casamento, de desiludir eles, tanto é que eu casei virgem. Mas assim é claro que tem situações que você quase que não é mais, não segura, mas eu sempre fui muito ligada a preocupar com eles. Mais com eles do que comigo.” (19G2 - 54 anos).

A pílula anticoncepcional se configura como um marco histórico referente a essa geração, mas, curiosamente, os relatos não demonstraram o uso frequente da mesma, principalmente devido aos efeitos colaterais que essa medicação causava. Mas, embora a pílula não tenha sido largamente utilizada pelas mulheres da G2, a contracepção já era aceita, conforme se verifica nos relatos:

“É, eu nunca tomei pílula, nunca. (...) Então, usava camisinha, essas coisas. Porque eu tomei dois meses depois que eu casei a primeira vez, e fiquei muito inchada. Detestei. A minha libido foi lá embaixo. Não podia nem olhar para o meu marido, não tinha vontade de nada.” (23G2 - 45 anos).

“Eu usei muito pouca pílula, porque eu tinha muito problema de enxaqueca. Então eu não podia tomar. (...) Antigamente tinham uns óvulos que você colocava e poderia ter relação que não ficava grávida... Era um espermicida... Era até o farmacêutico que fazia. Usava isso, usava camisinha. Tomava remédio por três meses e depois parava, porque não dava certo. Até depois que eu tive os dois filhos, eu fiz ligadura.” (09G2 - 55 anos).

“Vejo, porque a mulher tinha mais segurança do que ela estava fazendo, tinha o domínio do corpo dela, saber que ela estava tomando anticoncepcional e que ela não ia ter filho se ela não quisesse. A mulher passou a ter mais independência aí. Mas pouca gente usava.” (15G2 - 53 anos).

Os discursos sobre o casamento apresentam modificações na G2 Alguns fatos impensados na geração anterior começam a se tornar aceitos (tais como separações e filhos fora do casamento) e estes coexistem com casamentos tradicionais.

“A mãe esperava que a filha casasse, casar virgem, ter filhos. Aí a minha irmã mais velha, as minhas duas irmãs mais velhas que casaram, todas as duas separaram, não foram à frente no casamento. Então eu via todo mundo assim. Casar para quê? Para depois separar? Aí você vai ter a relação sexual e não é aquela relação com o intuito de crescimento, de formar uma família. No meu caso foi assim. Eu pensava: pra que eu vou formar uma família, se minhas irmãs estão separadas e estão com esses problemas todos? Tanto é que eu ia me preservando, foi quando começou a aparecer o preservativo, mas acabei sendo mãe solteira” (21G2 - 54 anos).

Eu namorei 10 anos, fui casada 17, divorciei. Depois, tive um namorado ou namorico. Mas nós não moramos juntos porque eu não quero morar junto com ninguém. Eu quero namorico. (02G2 – 55 anos).

O trecho transcrito abaixo abordou parte significativa das questões sobre o feminino. A mulher pertencente à G2 fez referências ao que, na literatura, se descreve a respeito da passagem da mulher de procriadora para a mulher “sexual e economicamente livre”. Curiosamente, esta entrevistada apontou um dado que chamou atenção: ela disse que o último choque de gerações ocorreu entre a geração dela e a de sua mãe. Que não existe mais este choque entre a geração de sua filha e a sua.

“Foi, foi bem melhor, [respondendo sobre as mudanças na sexualidade feminina] porque eu acho que a gente valoriza mais a gente mesmo, a parte sexual da mulher. Porque antes a mulher só servia pra reproduzir, e não podia dar prazer, tanto é que os homens tinham muito fora, né?. Então a partir da minha geração eu acho que nós colocamos para frente. Não precisa ir fora para procurar, tem aqui comigo. (...) Eu acho que foi a minha geração que abriu espaço para estas mudanças. A gente conversava, questionava e tal, e via que aquilo que tinha sido passado pra gente, podia ser diferente, não precisava ser... tanto é que eu não acho mais que existe choque de geração atualmente. Acho que o último choque de geração foi da minha mãe para a minha, isso eu acho que foi um choque de geração”. (19G2 - 54 anos).

Contudo, pôde-se depreender que as mulheres da G2 fizeram parte da transição de dois períodos (Modernidade e Pós-modernidade) e, em decorrência deste fato, apresentaram características que se aproximam tanto da G1 (principalmente os cuidados com a saúde) quanto da G3 (a sexualidade e os discursos sobre mídia e consumo). A Geração 2 mediou muitas mudanças entre as duas outras gerações, principalmente no que se refere à sexualidade feminina.

4.3 – Discursos da Geração 3

As mulheres nascidas entre os anos 1979 e 1997, aqui denominadas G3 (*Geração 3*) estão com idades entre 14²⁵ e 32 anos. Em relação ao acesso ao mercado de trabalho, percebeu-se uma ascensão em relação à geração anterior, já que o nível de estudos é ainda maior. Somente a entrevistada mais nova se encontra no ensino fundamental. As outras possuem, ou estão cursando o ensino superior em diversas áreas, tais como: engenharia, direito, enfermagem, educação física e geografia. Apenas a mulher de 32 anos é casada e possui dois filhos, já apontando para dados que foram coletados, mostrando que tanto o casamento quanto a maternidade se tornaram, na pós-modernidade, eventos posteriores à

²⁵ Embora haja uma diferença significativa entre as idades das jovens, ao analisar as falas das mesmas, percebeu-se que os relatos pronunciados por elas se referiam a um mesmo discurso. A diferença estava apenas nos exemplos.

formação profissional. Historicamente, as mulheres da G3 vivenciaram um momento em que ocorreu o fim de um conjunto de movimentos políticos e sociais tanto no mundo quanto no Brasil. A Guerra Fria chega definitivamente ao fim, com o ato simbólico da derrubada do Muro de Berlim, em 1989, e conseqüente hegemonia do capitalismo.

No Brasil, em 1979, começa o processo de redemocratização com o restabelecimento do pluripartidarismo e inicia-se um grande movimento pró-redemocratização (Diretas Já!). Em 1985, chega ao fim a Ditadura Militar e, em 1988, é promulgada a atual Constituição Brasileira. O contexto de redemocratização do país não deve ser considerado apenas política e economicamente, já que consolida uma diferença na forma socialmente estabelecida, encerrando um período de ditadura e restabelecendo o desenvolvimento cultural brasileiro, que havia se calado por vários anos. Desta forma, voltou a ser permitido emitir opiniões, pensar e se constituir subjetivamente sem censura. O clima vivenciado por esta geração demonstrava uma “liberdade” acompanhada da globalização, do aumento acentuado das tecnologias de informação e da política neo-liberalista.

Do ponto de vista da saúde pública brasileira, a Constituição de 1988 se destaca como um marco, pois imprime à saúde o status de direito – “A saúde é direito de todos e dever do estado, garantindo mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (Constituição Brasileira, capítulo VIII da Ordem social, na seção II referente à saúde, artigo 196) e define, no artigo 198, os princípios que norteiam a criação e implementação do Sistema Único de Saúde (SUS), regulamentado em 1990 através da Lei 8080. Essa conquista demonstra uma clara tentativa de consolidação dos direitos da cidadania, refletindo o momento histórico de transição entre ditadura e redemocratização. Embora o SUS apresente, atualmente, inúmeras dificuldades, não se pode negar que o modelo traz progressos em relação à saúde pública.

O clima de redemocratização e de estabelecimento de uma política de saúde pública, bem como a difusão de informações propiciada pelas tecnologias midiáticas, faz com que o ponto de maior destaque nos discursos da G2 sejam os cuidados contínuos com a saúde.

“antigamente ninguém se preocupava muito com a saúde. Hoje a preocupação com a saúde é maior.” (01G3 - 32 anos).

A afirmação acima enfatiza a *pré-ocupação* [a palavra foi dividida intencionalmente pelas pesquisadoras] com esses cuidados. Percebe-se a necessidade da

prevenção constante, com muitas referências a consultas médicas, alimentação correta e necessidade da prática de exercícios físicos. As respostas demonstraram a existência de regras que devem ser seguidas, e a transgressão destas chega a gerar sentimentos de culpabilidade.

“Pra mim, a saúde não é só a questão de prevenir doença ou de ser doente ou não ser doente. Pra mim a saúde é cuidar do corpo em si. É fazer exercício e ir com frequência ao médico, procurar ver se tem uma doença ou não e se tratar pra não deixar piorar a situação. Eu busco ir com frequência ao médico. Eu me exercito diariamente. Faço musculação e dou aulas de balé.” (09G3 - 23 anos).

“Eu sou muito regrada com a minha alimentação. Como eu venho da educação física, tem todo um processo. Eu como de tudo, mas procuro uma alimentação assim, pouca. (...) três vezes por semana eu faço exercício físicos em casa e cuido da alimentação. Porque eu tenho que ter controle.” (19G3 - 25 anos).

“Sobre saúde eu entendo assim, que você... Ah, a saúde é seu bem estar, a forma como você se cuida, é você estar bem, não ter nenhuma tipo de doença, eu entendo por isso (...). Eu lido bem com a minha saúde, às vezes nem tanto quanto eu deveria, porque eu tenho problemas respiratórios e não cuido muito (...) mas tirando isso eu procuro sempre me cuidar, cuidar do meu corpo.” (21G3 – 18 anos).

O relato transcrito abaixo ilustra o alcance que têm as cobranças em relação aos cuidados com a saúde/aparência. Mulheres, que dizem não se importarem com tais cuidados, acabam, de alguma forma, tendo que se submeter a eles em “nome da saúde”.

“Ah, eu não ligo muito, eu como o que eu quero, na hora que eu quero (...) mas agora o médico me falou que estou com sobrepeso, Por isso, falou: você tem que dar uma regularizada na alimentação, comer menos porcaria, comer coisas mais úteis. Eu troco tudo no mundo por uma barra de chocolate. Tem que dar uma cortada no chocolate. Agora se faz necessário eu emagrecer, acho que uns 5 quilos.” (02G3 - 28 anos).

As atividades físicas na G3, embora tenham aparecido na entrevista em forma de saúde, associam-se, de fato, à conquista de um corpo perfeito, ressaltando-se que boa parte das entrevistas da G3 foi ocupada com a descrição de atividades físicas.

“Eu gosto. Mas eu tenho um objetivo, que é perder peso (...) estou lutando para perder meus pneuzinhos.” (09G3 - 23 anos).

“Agora quando eu fui malhar eu voltei e falei: agora eu não vou comer mais nada.” (15G3 – 27 anos).

“Existe uma obsessão sobre a beleza, igual eu te falei, que eu tenho amigas que morrem dentro da academia. Se deixar, elas ficam 24 horas lá dentro. É tanto que chega aqui fora não pode tomar um sorvete, não pode comer um chocolate, não pode comer um lanche maravilhoso no Quiosque, não pode ir ao Mc Donalds, não pode fazer nada.” (02G3 - 28 anos).

A relação com a alimentação também segue o mesmo modelo da atividade física. Observaram-se discursos que se referem a prescrições sobre boa e má alimentação divulgadas pelos meios de comunicação e avalizados por diversos profissionais da área de saúde. Enfim, um sem número de dicas alimentares, de divulgações sobre patologias decorrentes da obesidade, de incentivo a atividades físicas, todas alicerçadas em um modelo ideal de corpo saudável.

“Eu como de tudo, eu como muito. Eu sou muito ansiosa. Então eu como assim de ansiedade. Então eu como errado.” (09G3 - 23 anos).

“Eu sou adepta a várias coisas, tudo que fala que emagrece eu sou adepta. Eu já tomei aquele chá verde, chá não sei o quê... Tudo que emagrece eu já tomei, mas isso dura pouco.” (15G3 -23 anos).

“O que eu quero comer eu como. Só que eu manero na alimentação, mas não deixo de comer nada, não. *Você consegue conciliar o cuidado e o prazer?* [pergunta da pesquisadora] Sim, dia de semana eu como mais salada, no final de semana eu comi um hambúrguer. Não vou deixar de comer por causa disso, mas também não vou exagerar.” (19G3 - 25 anos).

Ficou bastante clara, nos discursos sobre saúde, a emergência do conceito de risco (Vaz, 2005) e consequente invasão do cotidiano pela ciência, mídia e tecnologia, o que demonstra uma cientificização da vida. Pôde-se perceber a grande procura por informações sobre cuidados com a saúde. Estas são obtidas, principalmente, através da mídia e da ciência médica. Embora se perceba a descrença em relação às propagandas, não se pode negar que ocorra incorporação destas no cotidiano.

“Internet. (...) Eu lia muito artigo sobre a saúde, mas ultimamente não estou lendo, não. Mas eu entro mais em site, mas igual revista, eu leio, mas não acredito naqueles anúncios tipo: emagreça 4 k em duas semanas. Pra mim isto não existe. Aquilo é pra vender a revista.” (19G3 - 25 anos).

“(...) na televisão são muitas propagandas enganosas, tipo, muito remédio, aqueles aparelhos que não funcionam. Então acho que televisão, não, e internet eu nunca procurei nada assim, no máximo um creme pra cabelo ou coisa assim, só pra saber como que era. Tipo maquiagem, pra comprar.” (15G3 -23 anos).

De onde você tirou esta idéia de querer emagrecer? [pergunta da pesquisadora]. “Da minha cabeça... Ehh. É da mídia, né? A verdade é essa, né? (...) Ela vem jogando na nossa cara que tem que tá magro, que tem que estar magro.” (09G3 - 23 anos).

“Ah... eu acho que é mais mídia sabe, todo mundo fala é o certo e tal. Um rótulo, uma rotulação de tudo que é certo, e o que é errado.” (21G3 - 18 anos).

Observou-se que, ao mesmo tempo em que os meios de comunicação apontam o prazer (beleza, estética, consumo), indicam os riscos (doenças, comportamentos, conhecimentos científicos). A informação do controle do risco vem em forma de “manuais”: Como se alimentar, quanto se exercitar, como se livrar de vícios, como se relacionar, se comportar (Vaz, 2005). Esta relação entre prazer e risco é relatada nos discursos da G3. As mulheres percebem o quanto a mídia oferece de informações e que, muitas vezes, estas se referem ao consumo de saúde. Embora haja uma visão crítica em relação aos discursos pró-saúde, esses continuam sendo ressaltados por esta geração, principalmente no que se refere ao consumo de produtos de beleza, de estética (corpo) e de saúde. A busca pela perfeição da aparência permeia as próximas falas:

“Ah! As pessoas não ligavam muito para isso. Hoje o padrão de corpo das pessoas, ainda mais a gente que é da Educação Física, tem um padrão de corpo, aquele corpo perfeito... Apesar de que isso já está acabando, né? Porque às vezes as pessoas estão daquele jeito, mas não têm saúde” (19G3 - 25 anos).

“Ah, porque eu gosto de ser magra. Eu acho bonito, pessoa magra, que tem corpo definido assim.” (23G3 - 14 anos).

“Bom, eu tenho uma madrastra que ela é esteticista. Então, ela me ajuda muito, sabe? Depilação, essas coisas, eu faço depilação a laser... eu tenho horror a pelo, eu odeio.” (15G3 -23 anos).

“Questão de ser magra assim, eu me preocupo com isso porque muita gente coloca o modelo sabe? Esse é o certo, é assim que você tem que ser, e você que se vire para ser assim... Eu acho isso errado. Não tem como não ligar, sabe? Porque todo mundo cobra você.” (21G3 - 18 anos).

Se tá na moda, eu não gosto de comprar. Eu tenho *irc*. Eu acho que eu sou contrária por causa de tanto escutar minha mãe falar porque tá na moda. (...) Mas se passa uma propaganda de saúde, eu presto mais atenção do que de uma propaganda de cosmético, que é uma cosia que eu não compro, entendeu?” (09G3 - 23 anos).

“Eu acredito [referindo-se aos cremes de tratamento] porque eu uso muito creme, quero até comprar, mas estou meio na dúvida de um creme redutor. Eu acredito. Em celulite, eu passo tentando acreditar. Às vezes, funciona, mas é isso. Você pode usar o creme, mas você tem que ter uma alimentação boa e o exercício. Porque só passar o creme e continuar com a alimentação errada sem fazer exercício não vai, não é milagre, não. É um conjunto.” (19G3 - 25 anos).

Abaixo, foi transcrita uma visão bastante emblemática da saúde na Pós-modernidade: faz referências à atividade física, aos modelos estéticos de magreza, ao discurso médico (metabolismo, hipotireoidismo), e, principalmente, ao discurso estético camuflado de discurso de saúde.

“Eu acho o seguinte: vamos fazer uma atividade física? Vamos caminhar? Eu acho isso bom mesmo. Mas você vê na televisão uma propaganda de uma pílula de perda de dez quilos em não sei quantos dias. Aí põem uma mulher magra, linda na propaganda. (...) Porque hoje em dia, parece que estão banalizando, tudo é metabolismo, tudo é síndrome metabólica, mas na verdade é. O metabolismo é que manda. Existem as doenças, as síndromes metabólicas, que com o passar dos anos vão ver que não é mentira. Que é provado cientificamente... e não adianta... eu acho assim que se você, que o metabolismo é tudo. (...) Dizem que os médicos inventam doenças. Eu acho que não inventam, não; descobrem mesmo. A endocrinologista falou comigo que o fato de eu não perder peso tem a ver com o metabolismo, já que a minha tireóide não está funcionando direito. Vou ter que tomar *puran* o resto da vida. E o pior é que algumas pessoas secam tomando *puran* e outras engordam. (...) Sabe o que eu acho que acontece hoje? Todo mundo fala que tem que emagrecer por causa de saúde, mas eu, que trabalhei em hospital, sei que não é nada disso. Porque a pessoa quer ser magra pela estética, pela beleza física, porque a pessoa quer ser magra, mas ela não quer ser saudável. (...) Porque hoje em dia é assim. A magreza é tida como saudável, mas não é. Tem muita gente que é magra e não é saudável.” (01G3 - 32 anos).

Vale a pena ressaltar que esse relato foi obtido em uma primeira entrevista ocorrida em setembro de 2010 e complementada em outubro de 2011. Paradoxalmente, esta mesma mulher se submeteu, meses depois, a uma cirurgia plástica (abdominoplastia). Desta forma, pôde-se confirmar o quanto a estética acaba por dominar os discursos de saúde, apesar das críticas àquela.

Dando continuidade ao tema, incluem-se aqui as questões sobre a produção dos corpos femininos. A G3 demonstra as consequências de todo um percurso trilhado pelas duas gerações anteriores, principalmente em se tratando das questões sexuais. Pôde-se observar que hoje existe mais facilidade em se falar do assunto entre as gerações.

“Ah, foi tranquilo, normal. (...) minha família é tranquila, conversa muito. Conversava muito comigo na adolescência. (...) Meus pais sempre foram muito abertos.” (19G3 - 25 anos).

“Ah, sim... antigamente ia lá fazia [referindo-se a sexo] e pronto. A relação homem mulher ficou diferente. Até mesmo no lugar da conversa. A gente fala sobre tudo. Até antes da gente começar a ter relação, a gente conversou. (...) da minha mãe com a minha avó foi, com certeza, diferente... Antigamente não se conversava tanto assim quanto eu conversei com a minha mãe.” (09G3 - 23 anos).

“Ah, antigamente, tipo na época da minha avó, as pessoas casavam muito novas e tinham filhos muito novas. Hoje em dia, apesar de ser uma coisa mais liberal, a gente fala muito mais, conversa muito mais.” (23G3 - 14 anos).

“Hoje tudo é tranquilo, hoje tudo é muito mais tranquilo, tudo, tudo. Minha avó faz um monte de pergunta pra mim e eu respondo tudo pra ela. (...) Ela fica um pouco assustada, mas ela pergunta. Ela pergunta e eu respondo. Vou mentir? Não vou.” (02G3 - 28 anos).

As questões sexuais passaram a ser conversadas e percebeu-se, com clareza, que o casamento e a maternidade se tornaram planos secundários. A entrada no mercado de trabalho e a formação profissional se destacam como prioridades desta geração.

“Ah, eu acho que a gente muda, que a gente não quer só o lado amoroso. (...) Porque quando você tem seu próprio salário, você ganha seu próprio dinheiro, você é livre para fazer o que quer. Você pode comprar o seu apartamento, você não depende de ninguém.” (23G3 - 14 anos).

“(...) antigamente tipo a mulher vivia só para a família. A mulher vivia para arrumar um marido bom, tanto é que tinha mais filhos. (...) Hoje em dia a mulher tá preocupada em se profissionalizar, em ter um bom emprego”. (21G3 - 18 anos).

“Ah eu não me imagino tendo filhos assim tão cedo. Eu acho que tudo tem seu tempo, eu estou vivendo agora meu momento de faculdade, de estudo para eu me tornar uma boa profissional. Eu não estou muito preocupada com esse lado ainda não.” (15G3 - 23 anos).

“Ainda não achei quem me fizesse pensar nisso não [referindo-se a ter filhos]. Mesmo quando eu fui noiva, eu sabia, tinha certeza absoluta que eu jamais casaria com ele, e ter filhos não faz parte dos meus planos.” (02G3 - 28 anos).

“Tenho muita vontade, né? Mas só a vontade não dá. Sou doida pra ser mãe. Daqui a uns dois anos, né? Mas sou meio antiga pra essas coisas. (...) Eu não, eu gosto de namorar, sou noiva, depois casar, ter filho, aproveitar o marido primeiro e depois ter filho.” (19G3 - 25 anos).

“Sim, eu tenho muito medo de ter filho. (...) Eu nunca quis ter filho. É uma briga com o meu namorado, porque eu falo que não quero e ele quer. Então ele fala que vamos ter e eu falo pra gente não discutir isso agora porque está muito cedo, mas eu faço ele usar camisinha.” (09G3 - 23 anos).

No entanto, ao se tratar de relacionamentos afetivos e sociais, observou-se uma referência constante ao corpo (definido, magro, atraente). Corpos considerados dignos de sucesso, de conquista, de espetáculo, de competição entre mulheres e homens.

“Eu acho que hoje o homem, ele tem muita preocupação com a estética da mulher. O homem tá muito mais preocupado com a mulher do que ela mesma. A mulher não tá preocupada se está bem, ela tá preocupada em ficar bonita pra não perder o marido. (...) Hoje em dia fica todo mundo reparando. Reparando quem é magro, quem é gordo. (...). Eu acho que a beleza hoje ela é ligada à magreza.” (01G3 - 32 anos).

“Tipo, até aquelas letras de funk é muita apelação, sabe? Para isso, pra ter bundão, peitão e seduzir todo mundo, sabe?” (23G3 - 14 anos).

“Porque agora tem muito homem se preocupando mais assim. Homem coloca qualquer roupa assim e já tá bom, mulher não. Mulher tem que estar com a roupa mais bonita, tem que estar com o cabelo mais bonito.” (21G3 - 18 anos).

“Mas a sociedade coloca aquele padrão de corpo... aquela mulher gostosona, o homem fortão, e a gente procura ficar daquele jeito e não é só isso. (...) A pessoa às vezes não quer entrar naquele grupo de amigos porque não é daquele jeito, não tem o corpo daquele jeito. Aí deixa de sair, e fica escondido porque não é daquele jeito.” (19G3 - 25 anos).

“Acho que o que a gente quer é beleza, ser desejada e tudo. Mas assim, eu já fui mais *noiada*. Hoje em dia eu já melhorei bastante. Tanto que eu tratava com uma psicóloga e ela falava: para com isso. Porque quanto mais eu me cobrava para emagrecer, mais eu comia, mais eu ficava ansiosa e aquilo me prejudicava demais.” (09G3 - 23 anos).

Observou-se que, até mesmo quando se buscavam as relações das mulheres com a própria feminilidade, os relatos acabaram se pautando em concepções estéticas, demonstrando a proeminência dos discursos que versam sobre a perfeição do corpo. Constatou-se que as preocupações vão muito além da saúde e da subjetividade. Os valores da pós-modernidade determinam o quanto de sucesso pode-se obter tanto nas relações afetivas e sociais como do ponto de vista financeiro/profissional a partir de um corpo esteticamente produzido e dito saudável.

Ficam bastante claras as relações entre Mídia, Corpo, Saúde e Doença nos discursos dessas entrevistadas para quem a Tecnologia e a Ciência vêm, a todo tempo, ensinando como viver.

O próximo capítulo será dedicado a discutir os discursos à luz do aporte teórico e a traçar um fio condutor entre as três diferentes gerações.

5 – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.

A discussão dos resultados nesta pesquisa se fez a partir de dois principais vetores: o da saúde e o do gênero feminino. O fio condutor pautou-se nas sucessivas transformações ocorridas sobre o corpo e sobre a saúde/doença na Modernidade e na Pós-modernidade.

Os discursos obtidos através das entrevistas demonstraram que esses são reflexos dos diferentes dispositivos de saber/poder que emergiram conforme a época em que cada uma das “gerações” se desenvolveu. Conforme citado anteriormente, as mulheres pertencentes à G1 nasceram no início do século XX, no interior de Minas Gerais – Brasil e, em consequência, foram encontradas nos seus relatos, diversas alusões a temas, tais como: costumes, preceitos morais e religiosos os quais ditavam os comportamentos adequados, influenciando a saúde, a estética e até mesmo o vestuário; informações estas que se relacionam a um período cultural anterior à Modernidade e que demonstram, de certa forma, as diferenças regionais comuns a um território de proporções amplas como é o Brasil, onde em muitos momentos convive-se com diferenças culturais. Desta forma, pode-se inferir que as mulheres aqui entrevistadas encontram-se no início da Modernidade. Estes dados podem ser relacionados à afirmativa de Birman (2007) na qual ele refere-se à Modernidade como a passagem da problemática da salvação para a da cura em que a anterior leitura religiosa dos acontecimentos é substituída pela incipiente leitura médica. Foucault [1975] (2009) ressalta que foi somente a partir da Modernidade que o corpo do homem se tornou objeto de conhecimento de vários domínios do saber, como a medicina, a psicologia, a educação, a política. A ciência tomou o lugar antes delegado à religião.

O discurso religioso enquanto legitimador dos comportamentos “adequados” é reproduzido e transmitido através das relações familiares. Observaram-se vários relatos sobre vigilância na G1, demonstrando que esta se estabelece como mais uma das marcas da Modernidade, na qual o intenso controle dos corpos levou à produção de subjetividades. Foucault [1973] (2006) compreendia que, à medida que o poder disciplinar se constituía como um poder normatizador, fazia surgir, a título residual, anomalias, irregularidades, ilegalismos. Para o controle das anomalias, dois sistemas de vigilância se tornam relevantes: o saber

médico e o panoptismo²⁶. Estes, por denotarem uma vigilância ininterrupta, surgiam como produtores de interiorização da culpa. Os indivíduos, sentindo-se eternamente vigiados, acabavam se auto-disciplinando e se culpabilizando, ao contrariarem qualquer ordem estabelecida.

A vigilância realizada pelas famílias, principalmente em relação às moças, ratifica a conceituação de Foucault [1973] (2006) sobre a dispersão do poder: “(...) poder nunca é aquilo que alguém detém, tampouco é o que emana de alguém. (...) Só há poder porque há dispersão, intermediações, redes, apoios recíprocos, diferenças de potencial (...)” (p. 7). O que explica o fato de ocorrer vigilância também no interior das famílias e da sociedade: os pais assistindo o comportamento de seus filhos.

Os discursos religiosos e familiares corroboravam a constante vigilância dos corpos e das saúdes. Porém, é necessário ressaltar que tais discursos eram decorrentes da ascensão industrial, do aumento do mercado de trabalho assalariado e do desenvolvimento do capitalismo. Depreende-se que os incipientes valores capitalistas realçavam a necessidade de um corpo construído como matéria-prima para o trabalho. Ou seja, um corpo produzido e cuidado a fim de servir às necessidades de um período. Estes valores foram observados nos relatos das mulheres pertencentes à G1. A saúde era relacionada a deixar o corpo saudável para o trabalho a partir de técnicas de medicação caseiras, tais como a do *lumbrigueiro*. Ao se referirem à sua juventude, as mulheres não fizeram alusões a prescrições e a termos médico-científicos regulares. Estes só apareceram nos discursos que se referiam à atualidade, demonstrando que o discurso de saúde na G1 estava associado ao corpo-produtor; à utilidade deste para o trabalho.

Enquanto os relatos das mulheres da G1 demonstraram claramente sua inserção nos discursos correlatos à Modernidade, a *Geração 2* ilustra, a partir de seus relatos, o movimento de transição desta para a Pós-modernidade. Em relação aos cuidados com a saúde, a G2 não apresentou grandes modificações se comparada à G1. Por outro lado, em relação à sexualidade feminina, as modificações foram consideravelmente marcantes entre a primeira e

²⁶ Vale lembrar que o Panóptico de Bentham era um edifício em forma de anel, no meio do qual havia um pátio com uma torre no centro. O anel dividia-se em pequenas celas que davam tanto para o interior quanto para o exterior. Como cada cela dava ao mesmo tempo para o interior e para o exterior, o olhar do vigilante podia atravessar toda a cela; não havia nenhum ponto de sombra e, por conseguinte, tudo o que o indivíduo fazia estava exposto ao olhar de um vigilante que observava através de persianas, de postigos semi-cerrados de modo a poder ver tudo sem que ninguém ao contrário pudesse vê-lo.

a G2, possibilitando a compreensão de que, se por um lado (produção dos corpos e saúde) a G2 se aproxima mais da G1, por outro (dispositivos sexuais e espaço público), se aproxima da G3 e abriu muitos caminhos para esta.

Já a *Geração 3* se estabeleceu, indiscutivelmente, no contexto pós-moderno. O corpo-máquina, útil, vai-se tornando, cada vez mais, o corpo-controle, aparência, demonstrando a legitimação deste a partir do olhar: médico, midiático, social.

A passagem da Modernidade para a Pós-modernidade pôde ser vista na modificação dos discursos entre as três gerações entrevistadas e os pontos que melhor demonstraram estas diferenças são: a alimentação, a atividade física e a saúde.

Na G1, os discursos alimentares estavam mais próximos a um “fabricar esta alimentação”. Elas se referem a uma alimentação mais natural onde se podia comer de tudo: “torresmo, linguiça, carne de porco”. Eram produzidos e levados de casa. Percebe-se uma relação com a alimentação que diz respeito a deixar o corpo saudável para o trabalho. Era um corpo que possuía energia. Na G2, a alimentação tinha um lugar bastante curioso: estava relacionada a comemorações, presentes, expectativas, mas, por outro lado, também não se pensava o tempo todo em comer. Comia-se quando se sentia fome. Já na G3, a alimentação toma uma maior proporção nos discursos. Estes se relacionam a bons e maus hábitos alimentares e falar sobre saúde-doença se tornam práticas cotidianas.

As atividades físicas seguem o mesmo percurso: na G1, estas atividades eram geridas pela educação física escolar e por atividades de trabalho em casa, e a diversão mais descrita eram os bailes. Quando se referem à infância, falam sobre brincadeiras nas ruas e práticas esportivas, sem prescrições de regras. Em contrapartida, observaram-se relatos que denunciavam a dificuldade destas duas gerações em se adaptarem às prescrições atuais. Já a geração mais jovem tem suas atividades físicas melhor descritas pela frequência a academias de ginástica. A associação entre exercícios e conquista de um corpo perfeito assume quase a totalidade dos relatos. Percebem-se prescrições incessantes sobre a necessidade da atividade física e esta é divulgada como necessária, como fundamental à saúde. Constatam-se, de forma recorrente, o enunciar de riscos que podem vir em consequência da não adoção de hábitos alimentares e físicos pautados nos “manuais” de “boa” saúde.

Os hábitos alimentares e de atividades físicas se transformaram à medida que ocorreu a transição da Modernidade para a Pós-modernidade. A forma como os cuidados com

a saúde são abordados na G3 confirmam a ascensão dos discursos médicos e científicos a respeito dos cuidados com o corpo/saúde/estética.

A G3 definiu saúde enquanto “cuidados preventivos constantes” e apontou para as prescrições alimentares, para as atividades físicas e para as consultas frequentes aos médicos. Os discursos demonstraram uma cientificização da saúde, inclusive com o uso de termos comuns à medicina como: metabolismo, carga genética, uso de exames de imagem, entre outros.

A prevalência dos discursos sobre cuidados com a saúde na G3 coincide com os estudos de Coelho & Severiano (2007), os quais afirmam que, na pós-modernidade, já não se exige tanto do corpo do indivíduo que “sirva”, na condição de produtor, mas que o indivíduo “ponha-se a serviço” do próprio corpo, que consuma os mais diversificados objetos e serviços produzidos pela incipiente indústria da saúde e da beleza. Ocorre uma operação incessante de captura do corpo pela indústria cultural, transformando o corpo-produtor em corpo-consumidor, e assim tornando-o uma rentável especiaria a se vender no mercado. (p. 87).

As relações entre saúde, alimentação e atividade física podem, atualmente, ser percebidas até mesmo a partir das políticas públicas de saúde, as quais preparam internacionalmente orientações de ações individuais e de condutas coletivas que influenciam diferentes modelos de saúde: os corpos passaram a ser moldados segundo orientações do pensamento romântico, rebelde, comedido, recatado, revolucionário, despojado, insinuante, “sexy”, fatalista. (Chammé, 1996, p. 72). O problema dos modelos de saúde, segundo o autor é que, a cada um deles, corresponde sempre o risco de uma doença considerada fatal:

É o caso do *modelito bebê Johnson* idealizado sobre a figura de um bebê do sexo masculino, branco, louro, olhos azuis, suave, traduzindo elevado peso ao nascer, teor nutricional previsto com excesso de calorias, garantindo-lhe contornos arredondados e pequenos “furinhos” nas mãozinhas. (...) Em consequência, as superdosagens energéticas implicarão em adultos obesos, que em contrapartida propiciarão o surgimento de mais uma “nova” indústria. Surge, na década de 1990, uma crescente indústria: agora orientada pela Endocrinologia. São as clínicas de emagrecimento, os SPAs, os medicamentos contra a obesidade, as indústrias de *diets* e *lights*. Outro setor que também se apodera do mercado surgido em decorrência da obesidade é o da mídia, principalmente através da venda de revistas e manuais de boa-saúde, de dietas bem como em seus programas tais como *Globo Repórter* que a cada semana “inventam” uma novidade para se cuidar da saúde. (Chammé, 1996, p. 72).

O que se pode dizer sobre os cuidados com a saúde das três gerações entrevistadas é que estes constructos foram, paulatinamente, se modificando. Ocorreu uma transição

gradativa de hábitos mais “caseiros”, pautados nos conhecimentos familiares para hábitos e comportamentos respaldados pelas instituições (ciência, mídia, medicina, marketing, etc).

Os setores que veiculam as informações ratificam esta modificação. Ao responderem sobre a origem das informações sobre saúde e cuidados com esta, as respostas se dividiram da seguinte forma: Na *G1*, as referências, conforme já citado anteriormente, eram respaldadas pelos costumes, preceitos morais e religiosos, e estes demarcavam o certo e o errado. A *G2* demonstra, novamente, o seu pertencimento a dois momentos distintos e faz alusões tanto a prescrições familiares quanto a prescrições médicas e midiáticas, inclusive entende a ligação destas informações com o consumo. Já a *G3* busca suas informações sobre saúde exclusivamente nos meios institucionais, destacando os científicos e tecnológicos (ciências da saúde e meios midiáticos, ressaltando-se a Internet). O consumo de produtos de saúde e estética foi amplamente alargado nesta geração.

Sobre saúde e estética, pôde-se confirmar, através dos discursos, a modificação da importância que teve a aparência dos corpos, principalmente quando se trata de engordar e/ou emagrecer. Nota-se uma atual preocupação com o ideal de magreza, e o discurso contemporâneo sobre a necessidade de um corpo magro é citado pelas três gerações, demonstrando que todas têm sentido necessidade de se adequar a tal ideal. Por outro lado, pôde-se ouvir, nos relatos sobre os períodos passados de sua vida, que esta preocupação não era tão intensa. A *G1* faz algumas referências ao engordar e emagrecer como situações decorrentes das transições de vida, tais como se casar, engravidar, envelhecer e considera que as preocupações estéticas eram vaidade e não havia “espaço” para as mesmas. A *G2* demonstrou perceber que ocorre um atual exagero e relata que, no passado, as preocupações existiam, mas não eram tão intensas: “A geração antiga não pegou essa obsessão pelo corpo que existe hoje.” (01G1 - 77 anos). E por último, a *G3* relaciona corpo diretamente à estética e os discursos sobre engordar e emagrecer são os mais utilizados por ela, apontando para uma estetização destes corpos. O corpo-máquina e útil vai se tornando, cada vez mais, o corpo-controle e aparência.

A saúde foi demarcada, nesses enunciados, principalmente a partir de suas associações com alimentação, atividades físicas e até mesmo equilíbrio entre estes e não somente em oposição à doença. Os discursos, de modo geral, não se respaldaram na idéia de saúde como ausência de doença. Pôde-se, inclusive, observar que pouca coisa foi dita em

relação a doenças. Entende-se que a saúde vem sendo, na atualidade, função do olhar, da estética.

Vaz (2005) destaca, com propriedade, a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle:

Na sociedade disciplinar, o perigo era ou subjetivado pela singularidade e força do desejo que habitava um indivíduo – preocupação com a delinquência, a loucura e a perversão sexual – ou atribuído a condições sociais, especialmente à miséria e o que dela derivaria. Daí as estratégias de poder que a caracterizavam: corrigir pela reclusão e medidas de higiene e moralização das classes perigosas. Já na sociedade de controle a objetivação do perigo permite sua subjetivação como informação sobre riscos vinculados a práticas. (Vaz, 2005, p. 171).

A Pós-modernidade reúne, em um mesmo discurso, a alimentação, a vaidade, o corpo, a saúde e a doença, discursos que são veiculados pela mídia e pela medicina. Portanto, mídia e ciência acabam permeando o ajuste do setor econômico. (Vaz, 2005)

Os relatos das participantes pertencentes a G3 apontaram, quase que exclusivamente, para os discursos midiáticos sobre saúde, estética, moda, comportamento, conforme expõem vários autores, dentre os quais: Chammé (1996), Kristeva (2002), Roudinesco (2002), Vaz (2005), Coelho & Severiano (2007). Desta forma, a mídia legitima-se como aquela que adverte sobre os riscos à saúde e a ciência legitima-se como discurso hegemônico sobre a vida e a morte. Ocorreu, portanto, uma mudança no que se considera “anormal”. Se, outrora, as preocupações eram com a loucura ou com a miséria, hoje passou a ser com aquele que não tem “força de vontade” suficiente para atingir o “corpo ideal”. Viciados, anoréxicos, bulímicos e obesos são segregados como ocorria antes com os leprosos, loucos e delinquentes. (Vaz, 2006).

Coelho & Severiano (2007) demonstram as mudanças corporais estabelecidas em função das épocas e dos sucessivos regimes de verdade.

Já não se exige tanto ao corpo do indivíduo que “sirva”, na condição de produtor, como nos paradigmas maquímicos dos séculos XVII ao XIX, mas que o indivíduo “ponha-se a serviço” do próprio corpo, que consuma os mais diversificados objetos e serviços produzidos pela incipiente indústria da saúde e da beleza. Acompanha-se, desta forma, uma incessante operação de captura do corpo – suas dores e delícias – pela indústria cultural, transformando o corpo-produtor em corpo-consumidor, e assim tornando-o uma rentável especiaria a se vender no mercado. (p. 92).

O segundo vetor desta pesquisa, gênero, demonstrou que os corpos femininos também se configuraram como produtos da inscrição histórica. Para esta discussão foram considerados os dispositivos sexuais imprimidos, desde a Modernidade, sobre os corpos femininos, os quais tinham por finalidade “normatizarem” os comportamentos e condutas “adequados” a cada época.

Na *geração 1*, confirmou-se a marca do dispositivo da sexualidade correlato à Modernidade. Quando responderam sobre o que é ser mulher, os discursos logo se relacionaram ao casamento, namoro, família. A “vigilância” era realizada pelas famílias. As moças tinham que ser levadas por suas mães aos bailes como uma espécie de monitoramento, que demarcava o lugar das mulheres enquanto predestinadas ao casamento e à procriação; resultado do discurso normativo sexual imposto pela Modernidade. Para Foucault [1976] (2009), o dispositivo da sexualidade foi responsável pelo estabelecimento de uma rede de saberes/poderes sobre os corpos e sobre as populações, transformando práticas sexuais em formas bem educadas de se comportar. Marcello (2009) e Deleuze (2005) afirmam que a normatização sexual do corpo feminino foi fruto de uma urgência histórica, na qual controlar a mulher a partir da maternidade e da conjugalidade garantiu a sobrevivência das crianças. A “mulher-mãe-esposa” recebe o papel de “agente” vital do biopoder.

Nas entrevistas, pôde-se perceber o quanto a prescrição de ser “moça de família” (virgem e bem educada) estava sempre implícita nos discursos. Chamaram a atenção os relatos sobre o quanto uma moça podia ser rechaçada caso não seguisse as normas pré-estabelecidas. O perfil das mulheres pertencentes à G1 também confirma esta “obrigatoriedade”, já que todas são ou foram casadas e tiveram entre 2 e 8 filhos.

Nunes (2003) afirma que, na Modernidade, foram criadas regras minuciosas de controle tanto sobre os corpos quanto sobre a sexualidade feminina. Para o autor, ensinavam as meninas a temerem seus corpos. Del Priori (1993) afirma que a função de legitimar o papel da mulher-mãe era atribuída à Igreja que, para isto, ressaltava a figura da Virgem Maria. Para a autora, embora houvesse certa tentativa da medicina em conhecer o corpo humano, este ainda era pouco conhecido pela ciência. Desta forma, os discursos que nomeavam o corpo feminino eram mais ligados a valores morais do que exatamente ao conhecimento médico. Dados que também se confirmaram nos discursos das participantes pertencentes à G1.

Del Priori (2000) refere-se à maternidade como dispositivo de normatização da mulher na biopolítica, mas também o considera como o primeiro ponto de ruptura. Para a

autora, além do aspecto afetivo, os filhos permitiam à mulher exercer um poder de autoridade dentro do próprio lar. Além do contato com os filhos, as mulheres passaram a se solidarizar e, aproveitando a autoridade que vinham constituindo em seus próprios lares, acabaram iniciando a primeira forma de resistência.

Em prol dessa assertiva, destacam-se os relatos que demonstraram a participação das mães das mulheres pertencentes à G1 na vida de suas filhas, até mesmo mostrando solidariedade a elas. Percebeu-se que, ao mesmo tempo em que mantinham os ensinamentos sobre ser uma “boa moça”, acabavam, por outro lado, protegendo suas filhas, o que levava a uma espécie de corporativismo feminino.

Embora já houvesse insinuações que apontavam para a ruptura com os dispositivos sexuais correlatos à Modernidade, pôde-se constatar que as mulheres da G1 viveram sob o crivo do discurso que associava feminino à maternidade e à procriação.

Já as mulheres da G2 viveram intensamente a ruptura dos dispositivos sexuais que unificavam mulher e maternidade. As entrevistas demonstraram grande interesse da G2 sobre o papel da mulher em sua época e os discursos foram bastante ilustrativos. Abordaram temas, tais como, a conquista da independência das mulheres em relação aos maridos, a inserção no mercado de trabalho e a possibilidade de diálogo sobre sexo com seus maridos e filhos.

Como justificativa para explicar a mudança nos discursos sobre sexualidade proferidos pela G2, é necessário ressaltar o momento histórico vivenciado por elas. Nas décadas de 1970 e 1980, o movimento feminista se ampliou e marcou a entrada em larga escala, no mercado brasileiro, das pílulas anticoncepcionais. Do ponto de vista da saúde, a criação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), em 1980, demonstra a mudança na concepção de saúde da mulher que, até então, era marcada apenas pelo ciclo gravídico-puerperal. A conjunção destas conquistas aponta para a emergência de novos dispositivos de saber/poder que se estabelecem em consequência do início da Pós-modernidade.

Esses marcos foram observados durante as entrevistas não como práticas efetivas, mas como abertura de espaço ao debate, já que não se constatou o uso maciço da pílula anticoncepcional, nem mesmo a participação das entrevistadas no movimento feminista, mas percebeu-se que estes debates trouxeram a possibilidade de estas mulheres fazerem escolhas sobre seus próprios corpos.

Depreende-se que não foi necessariamente o uso do anticoncepcional ou o próprio movimento feminista que abriram, para as mulheres, o espaço público e as possibilidades de acesso a estudos e mercado de trabalho. Foi, na realidade, o que a pílula e o feminismo trouxeram de discurso libertário. Desta forma, pôde-se entender que o surgimento da pílula é correlato ao momento histórico em que outros regimes de verdade puderam sobressair. A princípio, é possível compreender que ocorreu uma mudança do dispositivo regulador da sexualidade que o associava à procriação (pecado instituído pela Igreja, mulher biologicamente propensa à maternidade, a fim de que se possibilitasse o crescimento e ordenamento populacional) para outro em que se pudesse controlar o número de gestações (pautado na ciência e até mesmo no controle de natalidade).

É importante demarcar que, segundo Medeiros (2008), as próprias políticas públicas, realizadas em prol da saúde integral da mulher, fazem parte de uma política afirmativa que se desenvolve a partir dos movimentos sanitário e feminista e, por este motivo, divide opiniões entre a legitimação dos direitos reprodutivos da mulher e uma forma de controle de natalidade, o que em última análise seria outra forma de normatização e controle dos corpos. Mas isso é outra pesquisa.

Percebeu-se que as mulheres da G2 passaram a ter direito sobre seus corpos. Pela primeira vez, elas serão as únicas responsáveis pela escolha de todas as etapas de suas vidas, desassociando a vida da mulher enquanto direito do pai e do marido. Em consequência, as mulheres da G2 puderam ascender ao espaço público, o que, segundo elas, foi sua maior conquista. Esta possibilidade de fazerem escolhas independentemente de seus maridos foi observada nos discursos. Nas entrevistas existiam mais relatos sobre a profissionalização e ascensão ao mercado de trabalho do que propriamente sobre a contracepção.

O perfil das mulheres da G2 também confirmou estas mudanças: se na G1 o nível de estudos se restringia ao ensino fundamental, na G2 este nível de estudos passou a ser o ensino médio, sendo que algumas possuem graduação e pós-graduação. Essas mulheres atuam no mercado de trabalho e algumas sustentam suas próprias casas sem a presença do marido. Este é outro dado que merece destaque, pois nesta geração ocorreu a aceitação de separações e/ou divórcios bem como a possibilidade de se construírem novos relacionamentos pós-separação.

Do ponto de vista inter-geracional, constatou-se que o referido “choque de gerações” esteve presente nos discursos da G2. Estas afirmavam a dificuldade de negociar a

sexualidade com seus pais (G1). Tinham que dar satisfação e respeito a eles e muitas sentiam medo de magoá-los. Observaram-se relatos de medo de engravidar ou de dificuldade em se manterem virgens. Entre a G2 e a G3, não há alusões a divergências de pensamento sobre sexualidade. As referências são positivas neste sentido. Enfim, a possibilidade de se falar sobre sexualidade é maior entre a G2 e G3 do que entre a G1 e G2.

Esses dados confirmam, mais uma vez, a mudança que se estabeleceu entre a Modernidade e a Pós-modernidade, marcando uma nova linguagem dos direitos humanos, o que acabou consolidando a cidadania feminina. A partir da década de 1970, as mulheres foram, sucessivamente, conquistando o espaço público, e, hoje, se encontram no mercado de trabalho em relação de igualdade com os homens.

Já a G3 nasceu em um cenário onde as conquistas das mulheres quanto ao seu próprio corpo/sexualidade e ao espaço público já estavam praticamente consolidadas. Nas entrevistas não há ênfase à prescrição de comportamentos sexuais “adequados”. Os relatos, quando se referem a prescrições, fazem comparações entre os tempos de suas mães e avós e o atual, considerando este como de maior liberdade. O espaço público é enfaticamente buscado pelas mulheres da G3. Vários foram os discursos que colocavam os estudos/ trabalhos e consequente independência financeira na frente de quaisquer outros interesses, inclusive deixando em segundo plano o casamento e, talvez, em terceiro a maternidade. O perfil das jovens entrevistadas demonstrou que praticamente todas possuem ou estão em vias de concluir o ensino superior. Este fato afirma a consolidação de um processo de conquistas iniciado pela G2. A *Geração 3* parece não ter vivenciado os dispositivos sexuais que impunham à mulher o espaço privado do lar e as funções de esposa e mãe.

Em contrapartida, as modificações que se referiam à conquista de direitos iguais entre mulheres e homens, hoje, referem-se à conquista da sensualidade através do culto ao corpo. Os discursos da G3 referem-se a uma nova inscrição dos corpos tanto do ponto de vista afetivo como sócio-profissional. Para elas, existem corpos “dignos” de sucesso, de conquista, corpos que parecem predizer se a mulher será ou não bem sucedida em seus relacionamentos e, inclusive, no mercado de trabalho.

Esse status atribuído a um corpo esteticamente belo e consequentemente correlato a um corpo saudável tem sido tema de diversos estudos contemporâneos. Para Roudienesco (2000), a mídia e o mercado da moda impõem uma estética corporal em que a imagem produz transformações importantes na condição feminina: “seus corpos se modificam juntamente

com seus gostos e suas aspirações” (p. 151). Del Priori (1993) propôs que, na pós-modernidade, o corpo feminino se encontra em correspondência com a tríade beleza-saúde-juventude, o que consolidou o grande mercado composto pela indústria, linhas de produtos, jogadas de marketing e espaços na mídia. Ferraz (2011) afirma que se vive hoje uma medicalização da saúde, e a própria feminilidade é constituída enquanto uma equação onde os hormônios se tornam os reguladores das subjetividades.

Curiosamente só em uma das entrevistas da G2 houve referências às questões hormonais. Mas na terceira geração já foram mais aparentes os discursos sobre tensão pré-menstrual (TPM), hormônios tireoidianos, menopausa, controle da gravidez, entre outros. Percebe-se que a medicalização da saúde, principalmente no que se refere à prescrição de reposições hormonais a fim de “regular/regrar” a mulher aparecem tardiamente na segunda geração, mas se evidenciam na terceira.

Para Ferraz (2011), os termos científicos vão penetrando o vocabulário cotidiano das mulheres. Para a autora, a experiência subjetiva da mulher do século XXI é marcada pela modulação de seus níveis hormonais. “(...) vai saindo de cena a equação mulher-útero, que marcou a modernidade, para dar lugar à associação contemporânea mulher-hormônio.” (§ 5).

Nunes (2003) acredita que o que está na base de sustentação do discurso do corpo como sucesso e espetáculo é a antiga concepção do corpo feminino como imperfeito e da feminilidade como lugar da fragilidade e impotência humanas diante de sua finitude. O controle que outrora se dava a partir de normas de “bom comportamento sexual” e que prescrevia a virgindade e o casamento para se acalmarem os humores intensos femininos, hoje aparece como normas de boa saúde em prol de um corpo perfeito. Mas não é só isso, aparece também como discursos que prescrevem a idade ideal para a mulher ser mãe e como deve vivenciar sua gravidez. Ou seja, guia sua alimentação, retira-lhe os vícios, e qualquer indivíduo se sente no direito de criticar ou até mesmo julgar quem não esteja seguindo as prescrições estabelecidas em nome da saúde. Estas, independentemente da época em que se veiculam, dizem sempre qual é a forma adequada de se vivenciar qualquer período de sua vida.

(...) a história das mulheres passa pela história de seus corpos. Sexo belo ou sexo frágil, tais denominações vinculam-se às imagens que nossa sociedade fez dele, de sua beleza ou de sua saúde. No passado, o corpo da mulher, (...) era visto como as marcas da exclusão e da inferioridade. Cristalizada pela forma de pensar de uma sociedade masculina, (...). Hoje, depois de séculos de ocultação, nossa sociedade livrou-se de uma verdadeira sacralização dos corpos. A higiene e o esporte primeiro reabilitaram os corpos masculinos; mas as mulheres rapidamente seguiram os

homens. Em nossos dias, a identidade do corpo feminino corresponde ao equilíbrio entre a tríade beleza-saúde-juventude. As mulheres cada vez mais são empurradas a identificar a beleza de seus corpos com juventude, a juventude com saúde. (Del Priore, 2000 p. 13).

Enfim, os resultados obtidos através da análise dos discursos demonstraram que tanto os corpos femininos quanto o binômio saúde-doença passaram por diferentes transformações conforme as épocas e os dispositivos de saber/poder correlatos a estas. As entrevistas e o referencial teórico ressaltaram que conceitos estabelecidos hoje como “verdades absolutas” não tiveram a mesma significância ao longo dos tempos (gerações) e por este motivo merecem ser problematizados em função dos regimes de verdade; das mudanças políticas, econômicas e sócio-culturais. Por conseguinte, passar-se-á aos comentários finais desta pesquisa.

6 – CONSIDERAÇÕES FINAIS

Pesquisar os discursos de mulheres pertencentes a três diferentes gerações apresentou-se como uma tarefa enriquecedora, porém bastante complexa, tendo em vista a amplitude e multiplicidade de formas para se abordar o tema. Através da Análise dos Discursos, vários dispositivos de saber/poder, que se estabeleceram no, e sobre, os corpos, puderam ser demonstrados. Entre eles estão: a religião, a família, a industrialização, a economia, o capitalismo/consumo, a mídia, a tecnologia, todos respaldados, de alguma forma, pelo discurso científico.

Os discursos sobre corpo e saúde/doença se estabeleceram de diferentes formas nas três gerações. Na G1 os corpos se constituíram como corpos-máquinas, corpos-dóceis; Os dispositivos de saber/poder encontrados foram estabelecidos pela religião e família e se pautaram no discurso capitalista moderno. A G2 demonstrou, em relação aos cuidados com a saúde, transitar entre os discursos modernos e pós-modernos. Somente na G3 os corpos foram amplamente associados aos discursos de saúde da pós-modernidade, os quais estão pautados, quase que exclusivamente, pela ciência, mídia e tecnologia, favorecendo a regulação do mercado econômico.

Sobre a produção dos corpos femininos, os discursos demonstraram que era requisitado às mulheres pertencentes à G1 que estas se casassem e tivessem filhos. A G2 imprimiu uma ruptura em relação à sexualidade, desassociando seus corpos da obrigação da procriação e com isso ascendendo ao espaço público. A G3 herdou as conquistas da G2 e evidenciou, em seus discursos, a prioridade dada aos estudos, à profissionalização e ao mercado de trabalho. Em contrapartida, observou-se uma nova visão sobre os relacionamentos sociais e afetivo-sexuais. Estes se encontram, quase exclusivamente, pautados em discursos que se referem à conquista a partir de corpos atraentes, definidos, magros, considerados “dignos” de sucesso, de conquista, de espetáculo, de competição entre mulheres e homens. Corpos alicerçados no discurso pós-moderno.

Depreende-se que os constructos sobre corpo, saúde e doença, largamente utilizados na atualidade, não tiveram a mesma significância ao longo dos tempos e que, conforme Foucault [1963] (2008), as doenças modificam-se conforme as épocas e os lugares e, conseqüentemente, os conceitos de saúde e doença, da mesma forma que as noções de

homem e de corpo, vão sendo construídas e reconstruídas ao longo dos tempos em função dos regimes de verdade. Se na G1, adoecer era natural e fazia parte do “viver”, hoje, vive-se para a saúde.

Por conseguinte, pôde-se constatar que os discursos captados e transmitidos pelas mulheres entrevistadas se mostraram reflexos da conjuntura social, econômica, política e cultural. Portanto, dependem da época, do lugar, da classe social, dos valores individuais e das concepções científicas, religiosas e filosóficas. Os corpos, sobretudo os femininos, foram, desde a Modernidade, produzidos e reproduzidos através de técnicas que moralizavam, normatizavam, capacitavam, treinavam, e, hoje, medicalizam. Na contemporaneidade, corpo e subjetividade se fundem e tornam-se “imagem” bela a ser exibida.

O cuidado com a saúde, a disciplina corporal e o controle das subjetividades que pretendiam trazer a perfeição dos corpos e da saúde não aconteceu. Ao contrário do que se esperava, novas formas de adoecer vieram à tona. As doenças estão aí, embora estejam transformadas, corporificadas, mensuradas, diagnosticadas através de manuais. Na contemporaneidade, ocorre uma exacerbação da produção dos corpos através do domínio das vontades mais íntimas dos sujeitos. Os desejos, os consumos, as necessidades são criados e recriados. É através do domínio sobre os modos de vida, os anseios e ambições que se constrói a sociedade de controle.

Porem, a necessidade de um corpo perfeito, de um consumo imediato, de um liberalismo exacerbado, de uma correria decorrente da vida moderna, o estresse, a impaciência por ganhar e gastar dinheiro trouxe uma falta de tempo e espaço para constituir uma representação da vida psíquica. Os indivíduos, segundo Kristeva (2002), tendem a se tornar apenas seus corpos, seus comportamentos, os quais podem ser “tratados” com um “*prozac*” ou com um sedativo qualquer. O medicamento suprime o traço visível da doença e atende a qualquer estado de crise. Em contrapartida, evita-se e/ou retarda-se a investigação das causas, induzindo o paciente a uma posição cada vez menos conflituosa e, portanto, mais depressiva. Hoje, o sofrimento não tem causa, tem remédio.

A incessante medicalização da saúde, presente na contemporaneidade, é especialmente encontrada na produção dos corpos femininos. O discurso médico aponta para estes em termos de déficit, levando as mulheres a experimentarem seus corpos como inadequados diante da perfeição das modelos veiculadas pela mídia, esculpidas em salas de ginástica e de cirurgias ou retocadas em estúdios fotográficos. (Ferraz, 2011). Imagens que

associam, cada vez mais, a fisiologia corporal e a feminilidade e, conseqüentemente, apontam para especificidades contemporâneas nas quais a subjetividade passa a ser produzida exclusivamente a partir do somático. Corpo e subjetividade se misturam e se tornam exclusivamente permeados pela genética e pelos hormônios. Em consequência, percebe-se que as preocupações com modelos “ideais” e de moda ultrapassam a condição do estado de saúde como uma mera aferição do estado de adoecimento. O corpo e a saúde, segundo Coelho & Severiano (2007), passam a ser norteados por dois polos (o de saúde e o de doença), porém seus determinantes não são necessariamente ditados pela exclusividade do acometimento biológico, mas pelas condições culturais e simbólicas que configuram sua ampla e complexa identidade.

A produção política, econômica e sócio-cultural dos corpos e a saúde é evidenciada em função dos diversos usos e desusos que estes receberam desde a Modernidade. (Coelho & Severiano, 2007). Conclui-se, portanto, que os constructos sobre corpo, saúde e doença carecem ser dimensionados para além dos marcadores biológicos.

Compreende-se que não foi somente a ciência médica que requisitou para si o monopólio sobre o corpo e a saúde. Muitos outros domínios do saber, inclusive a PSICOLOGIA, têm se embasado em “referências” que podem se tornar voláteis e incapazes de abarcar a complexidade e totalidade humanas. A ingenuidade diante das diversas formas de poder subjacentes aos discursos de saúde pode possibilitar a multiplicação de práticas que atuam disciplinarizando e controlando os corpos e saúdes.

Dessa forma, compreende-se que fazer ciência é complexo e jamais um ato neutro, e possibilitar a compreensão de que os corpos são produzidos e de que há uma construção social do binômio saúde-doença é fazer emergir uma visão profissional crítica e, portanto, menos ingênua e submissa aos regimes de verdade. Entende-se que algumas pesquisas e aplicações científicas contemporâneas, por definirem saúde a partir de um referencial exclusivamente biológico, acabam normatizando comportamentos e patologizando quaisquer manifestações que se contraponham aos discursos de saber/poder e aos regimes de verdade ressaltados na pós-modernidade. Por fim, ressalta-se a necessidade de se dar continuidade à problematização do tema, abordando-o em sua complexidade. Trazer tais discussões ao debate acadêmico é possibilitar o desenvolvimento da ciência e alertar os profissionais sobre a importância de seu papel enquanto agente biopolítico.

REFERÊNCIAS

- Alvarez, M. & Prado Filho, K. (1995, outubro). Michel Foucault: A obra e seus comentadores [levantamento bibliográfico]. *Tempo Social*, 7, 197-246.
- Alves-Mazzotti, A. J., & Gewandsznajder, F. (1999). *O método nas ciências naturais e sociais: Pesquisa quantitativa e qualitativa*. São Paulo: Pioneira.
- Acurcio, D., Pereira, M., Fonseca, S. & Silveira, C. (2011, março/julho). Revolução na saúde da mulher: Um enfoque na luta pela igualdade de gênero. *Doxo - Revista PUC Minas, Poços de Caldas* 2(1).
- Bauman, Z. (1998). *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Barbosa, M. (2006). Feminismo. *Seminário de mulher para mulher*. Retirado de www.scribd.com/doc/3638714/Madalena-Barbosa-Feminismo.
- Birman, J. (2007). A biopolítica na genealogia da psicanálise: Da salvação à cura. *História, Ciências, Saúde, Manguinhos*, 14, 539-548.
- Butler, J. (2003). *Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira.
- Castro, E. (2009). *Vocabulário de Foucault: Um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica.
- Chammé, S. (1996). Modos e modas da doença e do corpo. *Saúde e Sociedade*, 5, 61-76.
- Coelho, R. & Severiano, M. (2007, janeiro/junho). História dos usos, desusos e usura dos corpos no capitalismo. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 19, 83-100.
- Costa, K. (2008). *Discursos sobre corpo e sexualidade nos parâmetros curriculares nacionais de educação física e de orientação sexual*. Tese de doutorado. Programa de Pós-graduação em Educação da Universidade Federal do Paraná. Curitiba.
- Debert, G. G. (1998). A antropologia e o estudo dos grupos e das categorias de idade. In M. M. L. de Barros (Org.). *Velhice ou Terceira Idade? Estudos antropológicos sobre identidade memória e política*. Rio de Janeiro: FGV.
- Deleuze, G. (1992). *Post-scriptum sobre as sociedades de controle*. Conversações 1972-1990. Rio de Janeiro, Ed. 34, 219-226.
- Deleuze, G. (2005). *Foucault*. São Paulo: Brasiliense.
- Del Priore, M. (1993). *Ao Sul do corpo: Condição feminina, maternidades e mentalidades no Brasil Colônia*. Rio de Janeiro: José Olympio.

- Del Priore, M. (2000). *Corpo a corpo com a mulher: Pequena história das transformações do corpo feminino no Brasil*. São Paulo: SENAC.
- Espaço Michel Foucault*. Acessado em 12 de março de 2010 em <http://www.filoesco.unb.br/Foucault>
- Ferraz, M. (2011). *A feminilidade como déficit*. Acessado em 21 de julho de 2011 em <http://portaldoenvelhecimento.org.br/noticias/artigos/a-feminilidade-como-deficit.html>
- Fonseca, T., Engelman, S., Kirs, P. (2006, julho/dezembro). A revolução do presente. *Revista do Departamento de Psicologia - UFF*, 18, 83-92.
- Foucault, M. [1963] (2008). *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. [1966] (2007). *As palavras e as coisas: Uma arqueologia das ciências humanas*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. [1969] (2009). *A arqueologia do Saber*. Rio de Janeiro: Forense Universitária.
- Foucault, M. [1970] (2009). *A ordem do discurso*. São Paulo: Loyola.
- Foucault, M. [1973] (2006). *O poder psiquiátrico*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. [1975] (2009). *Vigiar e Punir: Nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes.
- Foucault, M. [1976] (2009). *História da sexualidade: A vontade de saber*. São Paulo: Graal.
- Foucault, M. [1977] (2008). *Segurança, Território, População*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. [1978] (2008). *Nascimento da Biopolítica*. São Paulo: Martins Fontes.
- Foucault, M. [1979] (2011). *Microfísica do Poder*. São Paulo: Graal.
- Foucault, M. [1982] (1994). Verité, pouvoir et soi. In M. Foucault. *Dits et écrits* (Vol. 4). Paris: Gallimard. pp. 777-783.
- 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-Universitária, p.231-249.
- Hillesheim, B., Somavilla, V., Dhein, G. & Lara, L. (2009, abril). Saúde da mulher e práticas de governo no campo das políticas públicas. *Psicologia em Revista*, 15, 196-211.
- Kehl, M. (1996). *A mínima diferença: masculino e feminino na cultura*. Rio de Janeiro: Imago.
- Kriegel, A. (1978). Generation Differences: the history of the Idea. *Daedalus*, 107, 23-38.

- Kristeva, J. (2002). *As novas doenças da alma*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Lipovetsky, G. (2000). *A terceira mulher: Permanência e revolução do feminino*. São Paulo: Companhia das Letras.
- Lipovetsky, G. (2005). *A Era do Vazio: Ensaio sobre o individualismo contemporâneo*. Barueri, SP: Manole.
- Lopes, C., & Coutinho, E. (1999, outubro). Transtornos mentais como fatores de risco para o desenvolvimento de abuso/dependência de cocaína: Estudo caso-controle. *Revista Saúde Pública*, 33, 477- 487. Acessado em 18 de outubro de 2010 em <http://www.scielo.br>.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: Public health and the regulated body*. London: Sage.
- Machado, R. (2009). *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Manual de Estilo da APA, regras básicas*. (2006). Versão concisa do Guia Oficial de Estilo da American Psychological Association. Porto Alegre: Artmed.
- Marcello, F. (2009, julho/dezembro). Sobre os modos de produzir sujeitos e práticas na cultura: O conceito de dispositivo em questão. *Currículo sem Fronteiras*, 9, 226-241.
- Medeiros, P. (2008). *Políticas da vida: Entre saúde e mulher*. Tese de doutorado. Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Mondardo, M. (2009). O Corpo enquanto “primeiro” território de dominação: O biopoder e a sociedade de controle. *Biblioteca On-line de Ciências da Comunicação*. Acessado em 18 de outubro de 2009 em <http://www.bocc.ubi.pt>.
- Moura, S. & Araújo, M. F. (2004). A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 24, 44-55.
- Muchail, S. (2004). *Foucault, simplesmente. Textos reunidos*. São Paulo: Loyola.
- Narvaz, M. (2009). *A (in)visibilidade do gênero na Psicologia acadêmica: Onde os discursos fazem(se) política*. Tese de doutorado. Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.
- Nicz, L. (1988). Previdência social no Brasil. In E. Gonçalves. *Administração de saúde no Brasil*. São Paulo: Pioneira. pp.163-197.
- Nicolazzi, F. (2002). As histórias de Michel Foucault. *Klepsidra. Revista Virtual de História*, v.2, n. 12, p. 1. Acessado em 25 de agosto de 2010 em <http://www.Klepsidra.net>.

- Nogueira, C. (2001) A análise do discurso. In L. Almeida e E. Fernandes (Edts), *Métodos e técnicas de avaliação: Novos contributos para a prática e investigação*. Braga: CEEP. Acessado em 18 de julho de 2010 em <http://repositorium.sdum.uminho.pt>.
- Nunes, S. (2003). De menina a mulher: Impasses da feminilidade na cultura contemporânea. [Resumo] *Estados Gerais da Psicanálise: Segundo Encontro Mundial*, Rio de Janeiro 2003.
- Oliveira, E. (2005, janeiro/julho). Nosso corpo nos pertence: Uma reflexão pós anos 70. *Labrys, Estudos feministas*. Versão eletrônica. Acessado em 25 de junho de 2011 em <http://www.tanianavarrosvain.com.br/labrys/labrys7/liberdade/leo.htm>.
- Otto, C. (2004). O feminismo no Brasil: Suas múltiplas faces. [Resenha de] Pinto, Céli Regina Jardim. (2003). Uma história do feminismo no Brasil. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. (Coleção História do Povo Brasileiro). *Estudos Feministas*, Florianópolis, 12(2): 237-253, maio-agosto/2004.
- Pimentel Filho, E. & Vasconcelos. E. (2007, dezembro/março) Foucault: Da microfísica à biopolítica. *Revista Aulas, Dossiê Foucault*, 3. Acessado em 18 de julho de 2010 em <http://www.unicamp.br>.
- Pinheiro, C. (2006). Saberes e práticas médicas e a constituição da identidade pessoal. *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 16, 45-58.
- Pinto, Céli Regina Jardim. (2003). *Uma história do feminismo no Brasil*. São Paulo: Fundação Perseu Abramo. [Coleção História do Povo Brasileiro].
- Prado Filho, K & Trisotto, S. (2008, janeiro/março). O corpo problematizado de uma perspectiva histórico-política. *Psicologia em Estudo*, 13, 115-121.
- Prado Filho, K & Trisotto, S. (2007, dezembro/março) A Psicologia como disciplina da norma nos escritos de Michael Foucault. *Revista Aulas, Dossiê Foucault* 3. Acessado em 29 de agosto de 2009 em <http://www.unicamp.br>.
- Polignano, M. (2001). História das Políticas de Saúde no Brasil: Uma pequena revisão. *Cadernos do Internato Rural*, Faculdade de Medicina/UFMG.
- Rabinow, P. & Rose, N. (2003). *Thoughts on the concept of biopower today*. [Retirado de <http://www2.lse.ac.uk/sociology/pdf/RabinowandRose-BiopowerToday03.pdf>].
- Revel, J. (2005). *Foucault: Conceitos essenciais*. São Carlos: Clara Luz.
- Rodrigues, C. (2005, janeiro/abril). Butler e a desconstrução do gênero. [Resenha de] Butler, J. (2003). Problemas de gênero: feminismo e subversão da identidade. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira). *Estudos Feministas*, Florianópolis, 13(1).
- Rose, N. (2000). The Biology of Culpability: Pathological Identity and Crime Control. *Theoretical Criminology*, 4(1), 5-34.

- Rose, N. (2001). The politic of life itself. *Theory, Culture & Society*, 18(6), 1-30.
- Rose, N. (2007, fevereiro). *Psychology as a social science*. [Bios, Centre for the Study of Bioscience, Biomedicine, Biotechnology and Society London School of Economics and Political Science]. Acessado em 12 de setembro de 2009 em <http://www.lse.ac.uk/>.
- Roudinesco, E. (2000). *Por que a psicanálise?* Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Roudinesco, E. (2003). *A família em desordem*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar.
- Sbardelini, E. & Denipoti, C. (2007). Referências, citações e seus usos. In M. Baptista & D. Campos, (Orgs.). *Metodologias de Pesquisa em ciências: Análises quantitativa e qualitativa*. Rio de Janeiro: LTC.
- Schwengber, M. (2009, junho). Ensina-se a mais antiga das artes: Ser mãe carinhosa. *Tanteos Corporales, Corporalogía Córdoba*, A. 1, N.3, , p.7-22.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde *Physis, Revista de Saúde Coletiva*, 17, 29-41.
- Scott, L. (1995). Gênero, uma categoria útil de análise histórica. *Educação e Realidade*, 20(2), 5-22.
- Segre, M. & Ferraz, F. (1997). O conceito de saúde. *Revista de Saúde Pública*, 31, 538-42.
- Silveira, F. (2008, outubro/dezembro). Michel Foucault e a construção discursiva do corpo do sujeito moderno e sua relação com a psicologia. *Psicologia em Estudo*, 13, 733-742.
- Strathern, P. (2003). *Foucault em 90 minutos*. Rio de Janeiro: Zahar.
- Turato, E. (2003). *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: Construção teórico-metodológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. Petrópolis, RJ: Vozes.
- Vaz, P. (2006). As narrativas midiáticas sobre cuidados com a saúde e a construção da subjetividade contemporânea. *Logos 25: corpo e contemporaneidade*. Ano 13. 2. Acessado em 25 de maio de 2010 em http://www.pos.eco.ufrj.br/docentes/pro_pvaz.
- Vaz, P. [1999] (2005). Corpo e risco. In N. Villaça, F. Góes & E. Kosovski (Orgs.). *Que corpo é esse? Novas Perspectivas* (159-175). Rio de Janeiro: Mauad. Acessado em 25 de maio de 2010 em http://www.pos.eco.ufrj.br/docentes/pro_pvaz.
- Vaz, P. (2006, março). Consumo e risco: Mídia e experiência do corpo na atualidade. *Dossiê, Comunicação, Mídia e Consumo*, 3, 37-61. [São Paulo]. Acessado em 25 de maio de 2010 em http://www.pos.eco.ufrj.br/docentes/pro_pvaz.

ANEXOS

ANEXO A - ROTEIRO DE ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA.

Data da entrevista: / /2011

Entrevistador: Daniele Antunes Rangel

Identificação da entrevistada:

Nome: _____

Bairro (município onde mora): _____

Data de nascimento: ____/____/____ Local: _____ Idade: _____

Estado civil: () com companheiro () sem companheiro

Tem filhos? () sim () não Quantos? _____

Quem mora com você? (mesma residência) _____

Escolaridade:

() Alfabetizado () Fundamental incompleto () Fundamental completo

() Médio incompleto () Médio completo () Superior incompleto

() Superior completo () Pós-Graduação

Profissão:

Local de trabalho:

Questões abertas:

O que é saúde para vocês?

Como lida (qual a relação que tem) com seu corpo e com sua saúde?

O que é ser mulher para você? Como vê as mudanças ocorridas neste sentido?

ANEXO B - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

Parecer nº 108/2010

Protocolo CEP-UFJF: 2037.096.2010 **FR:** 327480 **CAAE:** 0069.0.180.000-10

Projeto de Pesquisa: “A disciplinarização dos corpos na construção social do binômio saúde-doença e suas implicações na obesidade.”

Pesquisador Responsável: Daniele Antunes Rangel

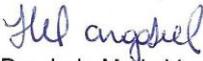
Pesquisadores Participantes: Prof. Dra. Maria Elisa Caputo Ferreira

Instituição: Universidade Federal de Juiz de Fora

Sumário/comentários do protocolo:

- **Justificativa:** Estudar a construção social do binômio saúde-doença a partir de uma perspectiva foucautiana e da psicossomática utilizando da metodologia da análise do conteúdo(Bardin) para observar tais relações e suas implicações no que hoje temos como o “mal do século” – a obesidade.
- **Objetivo:** Possibilitar um entendimento do processo saúde-doença a partir da perspectiva foucaultiana e trazer para a atualidade as questões sobre construção social de doenças através da análise de conteúdo(Bardin, 1977) acerca das interfaces do corpo e suas influências da obesidade.
- **Metodologia:** Será utilizada, além da pesquisa bibliográfica pautada nos estudos foucaultianos sobre biopolítica e biopoder, a metodologia qualitativa de análise de conteúdo na perspectiva de Bardin (1977) a fim de desvelar a relação entre corpo, estética, obesidade e processos de subjetivação. Pretende-se entrevistar famílias (preferencialmente mulheres a partir de 12 anos) que possuam três ou quatro gerações de indivíduos que possam responder sobre questões relativas a corpo (cultivo do), obesidade, saúde-doença, processos de subjetivação a fim de fazer vir à tona os conteúdos acerca da construção social da saúde/doença e como os indivíduos ao longo dos tempos (gerações) vêm lidando com estas modificações.
- Instrumento de coleta de dados: apresentado.
- Revisão e referências: sustentam os objetivos do estudo.
- Orçamento: o pesquisador será responsável pelo financiamento da pesquisa
- Cronograma: o projeto será desenvolvido
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido:apresentado corretamente.
- Qualificação da pesquisadora: possui qualificação para o estudo proposto.
- Diante do exposto, o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFJF, de acordo com as atribuições definidas na Res. CNS 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo de pesquisa proposto.

Situação: Projeto Aprovado
Juiz de Fora, 15 de junho de 2010


Prof. Dra. Ieda Maria Vargas
Coordenadora – CEP/UFJF

RECEBI

DATA: ___/___/2010

ASS: _____

ANEXO C – TERMOS DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TCLE para os adultos (maiores de 18 anos)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: DANIELE ANTUNES RANGEL
ENDEREÇO: PRAÇA JOÃO PESSOA, 04/101 – CENTRO
CEP: 36010-150 – JUIZ DE FORA - MG
ORIENTADORA DO PROJETO: PROF. DRA. MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA
ENDEREÇO: RUA PADRE FREDERICO, 180 – SANTA CATARINA
CEP: 36036-150 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 32113655 ou (32) 32293291.
E-MAIL: caputoferreira@terra.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

A Sra. está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “A disciplinarização dos corpos na construção social do binômio saúde-doença e suas implicações na obesidade”. Pretendemos realizar um estudo dos aspectos ligados ao corpo, saúde e estética que mulheres (ou adolescentes) tem a respeito de si mesmas. O motivo que nos leva a estudar este tema produzir conhecimentos sobre a percepção das mulheres em relação a construção de subjetividades a partir da saúde-estética, além de desvelar a relação entre corpo, estética, obesidade e processos de subjetivação e permitir a criação de alternativas de intervenção e propostas de ações políticas na área da psicologia. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

- **METODOLOGIA** ; Inicialmente, será explicado como será realizada a pesquisa e a leitura deste termo e, posterior concordância, a Sra. será convidada a responder a uma entrevista, a qual será gravada e transcrita na íntegra para posterior análise. Depois de analisada, a fita contendo as informações será destruída.
- **RISCOS**: Ao participar desta pesquisa a Sra. terá um risco mínimo, ou seja, o mesmo presente em atividades rotineiras como conversar, ler, caminhar, etc. Não haverá difamação, calúnia ou qualquer dano moral.
- **BENEFÍCIOS**: A Sra. estará contribuindo para produzir conhecimentos sobre a percepção dos corpos e a construção social da saúde além de permitir a criação de alternativas de intervenção e propostas de ações políticas na área de saúde e especialmente da Psicologia.
- **RESSARCIMENTO**: Caso haja algum risco / prejuízo à saúde, o mesmo será ressarcido pela pesquisadora responsável.

Para participar deste estudo você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se a participar. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

A Sra. não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informado (a) dos objetivos do estudo “*A disciplinarização dos corpos na construção social do binômio saúde-doença e suas implicações na obesidade*”. de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP 36036.900
FONE:32 3229 3788
EMAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

TCLE para os adolescentes (entre 12 e 18 anos)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

PESQUISADOR RESPONSÁVEL: DANIELE ANTUNES RANGEL
ENDEREÇO: PRAÇA JOÃO PESSOA, 04/101 – CENTRO
CEP: 36010-150 – JUIZ DE FORA - MG
ORIENTADORA DO PROJETO: PROF. DRA. MARIA ELISA CAPUTO FERREIRA
ENDEREÇO: RUA PADRE FREDERICO, 180 – SANTA CATARINA
CEP: 36036-150 – JUIZ DE FORA – MG
FONE: (32) 32113655 ou (32) 32293291.
E-MAIL: caputoferreira@terra.com.br

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada como voluntária a participar da pesquisa “A disciplinarização dos corpos na construção social do binômio saúde-doença e suas implicações na obesidade”. Pretendemos realizar um estudo dos aspectos ligados ao corpo, saúde e estética que mulheres (ou adolescentes) tem a respeito de si mesmas. O motivo que nos leva a estudar este tema é produzir conhecimentos sobre a percepção das mulheres / adolescentes em relação a construção de subjetividades a partir da saúde-estética, além de desvelar a relação entre corpo, estética, obesidade e processos de subjetivação e permitir a criação de alternativas de intervenção e propostas de ações políticas na área da psicologia. Para este estudo adotaremos os seguintes procedimentos:

- **METODOLOGIA;** Inicialmente, será explicado a você e a seus responsáveis como será realizada a pesquisa e a leitura deste termo e, posterior concordância sua e de seus responsáveis, você será convidada a responder a uma entrevista, a qual será gravada e transcrita na íntegra para posterior análise. Depois de analisada, a fita contendo as informações será destruída.
- **RISCOS:** Ao participar desta pesquisa você terá um risco mínimo, ou seja, o mesmo presente em atividades rotineiras como conversar, ler, caminhar, etc. Não haverá difamação, calúnia ou qualquer dano moral.
- **BENEFÍCIOS:** Você estará contribuindo para produzir conhecimentos sobre a percepção dos corpos e a construção social da saúde além de permitir a criação de alternativas de intervenção e propostas de ações políticas na área de saúde e especialmente da Psicologia.
- **RESSARCIMENTO:** Caso haja algum risco / prejuízo à saúde, o mesmo será ressarcido pela pesquisadora responsável.

Para participar deste estudo você, nem seus responsáveis, não terão nenhum custo, nem receberão qualquer vantagem financeira. Você e/ou seus responsáveis serão esclarecidos sobre o estudo em qualquer aspecto que desejarem e estarão livres para participarem ou recusarem-se a participar. Poderão retirar seus consentimentos ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a sua recusa em participar ou a não permissão de seus responsáveis à sua participação, não acarretarão qualquer penalidade ou modificação na forma em que são atendidos pelo pesquisador.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Você não será identificado em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, na Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a seus responsáveis.

Eu, _____, portador do RG _____ responsável pela menor, _____, fui informada dos objetivos do estudo “*A disciplinarização dos corpos na construção social do binômio saúde-doença e suas implicações na obesidade*” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de permitir a participação da menor acima citada se assim o desejar. Declaro que concordo em dar tal permissão para que a menor _____ participe desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do responsável

Eu, _____, portador do documento de Identidade _____ fui informada, juntamente com meus responsáveis, dos objetivos do estudo “*A disciplinarização dos corpos na construção social do binômio saúde-doença e suas implicações na obesidade*” de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada à oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.
Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.

Assinatura do(a) participante

Assinatura do(a) pesquisador(a)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o
CEP- COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA/UFJF
CAMPUS UNIVERSITÁRIO DA UFJF
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA
CEP 36036.900
FONE:32 3229 3788
EMAIL: cep.propesq@ufjf.edu.br

ANEXO D – QUADRO COMPARATIVO

	1ª Geração	2ª Geração	3ª Geração
Saúde/ Doença	<ul style="list-style-type: none"> - Não há prescrições “regulares” de cuidados com a saúde. Não há uma prevenção. - Não ocorrem alusões a termos médico/científicos. - Os cuidados se remetem a deixar o corpo saudável para o trabalho. - A morte era aceita e não era rodeada de termos médicos. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde: referências à preocupação com a saúde e medo de adoecer. - O cuidado com a saúde e percebido pelas mulheres como sendo “tardio”. Elas se sentem “relaxadas” e/ou consideram que cuidam de maneira errada da saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> - Saúde: motivo de cuidados constantes, referências a termos técnicos/científicos. - Tripé de cuidados com a saúde: alimentação saudável, atividade física e consultas preventivas- mapeamento da saúde. - Cientificização da saúde. Inserção da genética e dos exames de imagem – <i>medicalização da saúde</i>- entrada do conceito de “portador”. - Controle entre prazer e risco. - A transgressão das regras ditadas causa culpabilidade.
Alimentação e Atividades Físicas	<p>A alimentação era mais natural. “Comia-se de tudo”.</p> <ul style="list-style-type: none"> - A atividade física e a alimentação eram estabelecidas ou pela família ou pela atividade escolar. -Diversão: bailes, cinema (classe média urbana) e rádio. 	<ul style="list-style-type: none"> - Juventude marcada por hábitos tanto alimentares quanto de esporte e lazer que apontam para uma vivência prazerosa e sem muitas regras pré-estabelecidas. - Em contrapartida, percebe-se certa dificuldade em se adaptarem às “academias de ginástica” e às prescrições alimentares. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alimentação e atividade física em prol de um corpo perfeito, mas que se avaliza enquanto prescritivo de boa saúde. Ter um corpo perfeito é sinal de saúde perfeita. - Receitas, receitas, receitas, prescritas por um conhecimento científico e divulgadas pela mídia.
Informações Dispositivos	<ul style="list-style-type: none"> - Costumes, preceitos morais e religiosos. Estes ditavam os comportamentos “adequados” influenciando a saúde e a estética e até mesmo o vestuário. - As relações familiares eram intensas e marcadas por relações de “proximidade” e “vigilância”. 	<ul style="list-style-type: none"> - Percepção de dois momentos distintos (Modernidade e Pós-modernidade): fazem referências à transição dos discursos religiosos para os discursos midiáticos, inclusive em termos de mercado e consumo. 	<ul style="list-style-type: none"> - Os discursos são pautados, quase que exclusivamente, pela ciência, mídia e tecnologia, todos favorecendo a regulação do mercado econômico.
Feminino e Sexualidade	<ul style="list-style-type: none"> - Feminino: a sexualidade era marcada pela heterossexualidade, conjugalidade e procriação. - Mulher = mãe e esposa - Prescrições: virgindade. - Proibição: contracepção. 	<ul style="list-style-type: none"> - O ponto de destaque desta geração é o “ser mulher”, as conquistas femininas. - Independência feminina. - Acesso ao mercado de trabalho/espço público. - Sobre sexualidade: - Possibilidade de se escolher a gravidez (contracepção). - As questões sexuais e o choque de gerações: ainda existem dificuldades para se conversar sobre o assunto com os pais, mas abre-se espaço para as conversas com os pares (maridos, namorados e amigos) e filhos. 	<ul style="list-style-type: none"> - A sexualidade reflete as conquistas da geração anterior. Não há ênfase sobre prescrições de comportamento sexual. Certa liberdade. - Os estudos, a profissionalização e o mercado de trabalho tomaram o lugar do casamento e este se encontra em segundo plano. A maternidade se tornou um plano posterior. - Em contrapartida observou-se uma nova inscrição sobre os relacionamentos afetivos: pautados em um corpo atraente, definido, magro. Corpos considerados “dignos” de sucesso, de conquista, de espetáculo, de competição entre mulheres e homens.

Quadro comparativos entre os discursos das mulheres pertencentes às *gerações 1,2 e 3*.