



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL

A “NOVILÍNGUA” DA PREVENÇÃO

PÉROLA GRIMBERG

Rio de Janeiro

– 2012 –



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES
DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL

A “NOVILÍNGUA” DA PREVENÇÃO

PÉROLA GRIMBERG

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação EICOS – Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.

Orientadora: Ana Maria Szapiro

Rio de Janeiro

- 2012 -

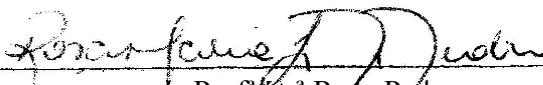
FOLHA DE APROVAÇÃO

A “NOVILÍNGUA” DA PREVENÇÃO

Pérola Grimberg

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação EICOS – Estudos Interdisciplinares de Comunidades e Ecologia Social, Instituto de Psicologia, Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social.


Profª Drª Ana Maria Szapiro (Orientadora)


Profª Drª Rosa Pedro


Profª Drª Sônia Batista


Profº Drº Paulo Vaz

Rio de Janeiro

- 2012 -

G866 Grimberg, Pérola.

A "novilíngua" da prevenção / Pérola Grimberg. Rio de Janeiro: UFRJ, 2012.

92f.

Orientadora: Ana Maria Szapiro.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Rio de Janeiro, Instituto de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social - EICOS, 2012.

I. AIDS (Doença) – Aspectos sociais. 2. AIDS (Doença) - Pacientes. 3. Subjetividade. I. Szapiro, Ana Maria. II. Universidade Federal do Rio de Janeiro. Instituto de Psicologia.

CDD: 362.1969792

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho a meus pais. Meus maiores apoiadores, meus exemplos. Obrigada pela dedicação, amor, sabedoria, abraços, almoços, cafés-da-manhã, jornais e por todo o carinho. Meus queridos pais, dedico este trabalho a vocês, por tornarem minha felicidade possível.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a meu namorado, Raphael, principalmente pela paciência. Pelo amor e dedicação, pelas palavras encorajadoras, pelas broncas e pelo carinho. Agradeço estar ao meu lado por toda essa jornada e torná-la mais leve e mais feliz.

Agradeço aos meus irmão, Coral e Hugo, pelo companheirismo desde sempre e para sempre. E ao meu mais novo irmãozinho, meu cunhado, Gerson.

Agradeço minha orientadora, Ana Szapiro, por trabalhar comigo de forma tão dedicada. Por acreditar no meu potencial e me ajudar a traduzi-lo nesta dissertação. Agradeço pelos momentos difíceis, que me fizeram evoluir como pessoa, como estudante, como profissional.

Agradeço meus amigos, queridos e divertidos, que me apoiam, me escutam, dividem e multiplicam os melhores momentos da minha vida.

Agradeço as lindas e sábias companheiras de jornada acadêmica. À Mariama, Mariana e Camila, obrigada pelos conselhos, conversas, livros, almoços, cafés...

Agradeço a Márcia e Antônio, meus amigos de turma, de reclamação, de comemoração, de desespero e, finalmente, de alívio.

Agradeço a CAPES por financiar esta pesquisa através da concessão de bolsa de estudo.

Agradeço, em memória, a Sônia Batista. Toda sua experiência e conhecimento foram imprescindíveis para a realização deste trabalho. Agradeço a oportunidade de fazer parte de um de seus projetos, sobre o qual disserto aqui. Agradeço também sua presença na banca de avaliação, um privilégio que valorizo imensamente.

RESUMO:

GRIMBERG, P. A “NOVILÍNGUA” DA PREVENÇÃO. Orientadora: Ana Maria Szapiro. Rio de Janeiro: UFRJ/CFCH/IP/EICOS, 2012. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social).

O presente trabalho investiga o discurso da prevenção ao HIV/AIDS do ponto de vista dos seus efeitos nos processos de subjetivação e nas sociabilidades. Consideramos que este discurso se constitui como uma “novilíngua”, como Orwell (1972) denomina a linguagem do partido na história ficcional de seu livro “1984”. A “novilíngua” se caracterizaria por apresentar uma nova estrutura e uma nova utilização da língua. A “novilíngua” seria um discurso que tornaria impossível ao sujeito emergir em sua singularidade e reconhecer o outro em sua radical alteridade. Assim, vemos que no contexto da prevenção emerge um discurso com características muito específicas onde chama a atenção que algumas palavras adquirem novos sentidos, que identificamos como resultado de um processo mais amplo de dessimbolização das ações humanas, na medida em que algumas palavras carregadas de significados afetivos principalmente no campo da sexualidade, encontram-se esvaziadas destes significados. A pesquisa, realizada em um Centro de Testagem e Aconselhamento do Rio de Janeiro, utilizou a análise documental dos formulários de atendimento para selecionar no discurso dos aconselhadores as indicações de categorias de análise que evidenciem os efeitos deste discurso sobre as subjetividades e sobre o laço social. Compreendendo a linguagem como lugar de designação do sujeito e, neste sentido, consideramos importante este estudo no que toca a particularidade humana como ser que fala. Examinamos então os sentidos que certas palavras adquirem no quadro do discurso da prevenção ao HIV/AIDS sugerindo que as mudanças de sentido a que nos referimos aqui apontam para a constituição de uma “novilíngua”, com sua gramática e com sua semântica próprias cabendo a nós pesquisadores das Ciências Humanas discutir seus efeitos.

PALAVRAS-CHAVE: PREVENÇÃO EM HIV/AIDS, NOVILÍNGUA, SUJEITO, LAÇO SOCIAL

ABSTRACT:

GRIMBERG, P. The “newspeak” of prevention. Advisor: Ana Maria Szapiro. Rio de Janeiro: UFRJ/CFCH/IP/EICOS, 2012. Dissertation (Masters in Psychology of Community and Social Ecology).

This work investigates the HIV/AIDS prevention speech from the point of view of its effects in the process of subjectivity and sociability. We consider that this speech is constituted as a “newspeak”, as Orwell (1972) calls the language of the “Party” in the fictional history of his book “1984”. The “newspeak” would be characterized by a new structure and use of language. The “newspeak” would be a speech that makes impossible for the subject to emerge in its singularity and to acknowledge other as radically alterity. Thus, we see that in the prevention context emerges a speech with very specific characteristics where calls our attention that some words adquire new meanings that we identify as a result from a much bigger process of dessimbolization of human actions, according as some words full of affective meanings mainly in the sexuality field, are found without these meanings. The research was held in a Testing and Counseling Center of Rio de Janeiro, we used the documental analysis of the treatment form to sort form the counseling speech the categories of analysis that show the effects of these speech in the subjectivity and social bond. Understanding the language as the subject designation place and, in these sense, we consider these study important in terms of the human particularity as a being that speaks. We examined the meanings that certain words acquire in the discourse of HIV/AIDS prevention suggesting that changes of meanings to which we refer here point to the establishment of a "newspeak", with its grammar and with its own semantics and to us human sciences researchers to discuss its effects.

KEY-WORDS: HIV/AIDS PREVENTION / “NEWSPEAK” / SUBJECT / SOCIAL BOND

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO

_____	10
A PESQUISA _____	12
APRESENTAÇÃO DA PESQUISA _____	12
HIPÓTESE _____	13
OBJETIVO GERAL _____	13
OBJETIVOS ESPECÍFICOS _____	13
METODOLOGIA _____	13
JUSTIFICATIVA _____	14
CAPÍTULO 1 – HIV/AIDS: TRÊS DÉCADAS DE ENFRENTAMENTO _____	15
BREVE HISTÓRICO DA EPIDEMIA _____	15
O QUE É O CTA _____	19
ACONSELHAMENTO COMO PRÁTICA DE ENFRENTAMENTO _____	21
CAPÍTULO 2 – ORWELL, BENVENISTE E KLEMPERER:	
A PROBLEMÁTICA DISCURSIVA _____	24
A “NOVILÍNGUA” DE ORWELL _____	24
A ENUNCIÇÃO: O EU E O OUTRO _____	27
A “NOVILÍNGUA” E A PROLIFERAÇÃO DA NÃO-PESSOA _____	29
A “NOVILÍNGUA” NAZISTA _____	32
CAPÍTULO 3 - O DISCURSO MÉDICO E SUAS ARTICULAÇÕES BIOPOLÍTICAS _____	35

SOBRE O ORDENAMENTO MÉDICO	35
A BIOPOLÍTICA	39
DISCIPLINA E REGULAMENTAÇÃO: BIOPOLÍTICA E O “FAZER VIVER”	41
REGULAMENTAÇÃO E PREVENÇÃO	43
SOBRE A BIOPOLÍTICA CONTEMPORÂNEA	46
CONTEXTUALIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA	48
CAPÍTULO 4 – A “NOVILÍNGUA” DA PREVENÇÃO	52
BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO	52
CATEGORIAS DE ANÁLISE	56
1) A VIDA SAUDÁVEL	56
2) A CENTRALIDADE DA NOÇÃO DE RISCO	60
3) NOVO MUNDO: PARCEIROS E SUSPEITOS	65
4) O DESAPARECIMENTO DA INTIMIDADE	72
5) A EMERGÊNCIA DO USUÁRIO	76
CONSIDERAÇÕES FINAIS	80
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83

INTRODUÇÃO

A presente pesquisa busca analisar o discurso médico da prevenção ao HIV/AIDS. Esta pesquisa foi realizada em um Centro de Testagem e Aconselhamento do Rio de Janeiro. Foi no contexto do trabalho como estagiária em um destes centros que pude perceber que o uso de algumas palavras adquiriam sentidos diferentes no interior do discurso da prevenção daqueles atribuídos na linguagem comum.

Inicialmente, buscamos contextualizar a epidemia de HIV/AIDS, contar sua história e mostrar como, através dos anos, as estratégias preventivas foram pouco a pouco se delineando. Nesta etapa do trabalho descrevemos o campo da pesquisa ao mesmo tempo discutimos a prevenção no contexto da epidemia de HIV/AIDS.

No segundo capítulo apresentamos o conceito de “novilíngua”, termo criado por George Orwell em sua ficção “1984”. A “novilíngua” se caracteriza como uma forma de constituir um discurso produz um progressivo apagamento da dimensão do sujeito. Mostramos que a narrativa ficcional de Orwell aponta as implicações políticas do uso da linguagem. Compreendemos que a reflexão sobre a “novilíngua” ressalta a característica da linguagem como produtora de uma realidade.

Tomamos, então, a teoria de Benveniste para pensar como, através da linguagem, se constituem sujeito e sociedade. A teoria da enunciação do autor nos possibilita pensar a dimensão pela qual o sujeito se coloca no discurso e direciona esse discurso a um Outro. Tomamos também a teoria baktiniana, quando o autor afirma que a linguagem é a condição de constituição da subjetividade. Tratamos de identificar o discurso como produtor de uma relação de alteridade. Investigamos, neste capítulo como, pela linguagem, se dá a possibilidade do sujeito se produzir e reconhecer o Outro como diferente de si, e, como na “novilíngua” essa dinâmica se torna impossível.

Klemperer em seu livro a “LTI: Linguagem do Terceiro Reich” (2009) analisa o uso da linguagem no contexto nazista e identifica como, através da manipulação da linguagem foi possível a disseminação da ideologia do regime totalitário da época.

Traçamos esse percurso de modo a nos ajudar a compreender as consequências do controle da linguagem, da manipulação da utilização das palavras e a impossibilidade de discursos singulares.

No terceiro capítulo, trazemos as contribuições de Clavreul quanto ao modo pelo qual o discurso médico reorganiza a subjetividade. Neste estágio, a análise do discurso médico será o foco da discussão e nos levará ao trabalho de Foucault sobre o nascimento da medicina moderna. A medicina moderna produz um novo discurso sobre a saúde e conseqüentemente uma nova concepção de homem. Isso significou mudanças relevantes nas concepções de vida e de morte, que também buscaremos aqui identificar.

Ainda neste capítulo refletimos sobre a biopolítica de Foucault, com sua concepção de tomada da vida pelo poder, conceito que se revelou central em nossa discussão, será apresentada no decorrer do terceiro capítulo. A regulamentação da vida, segundo o autor, ressignificou os rumos do poder médico no século XX. Buscamos aqui analisar o desdobramento desse conceito na obra de Agamben. A caracterização da biopolítica contemporânea em Agamben aponta para um crescente predomínio da dimensão da zoé em detrimento da bíos, questão que marcará os rumos desta investigação. Localizamos no contexto contemporâneo, que Lyotard denominou de pós-modernidade, a emergência de uma “novilíngua” da prevenção.

A seguir nos debruçamos sobre o discurso da prevenção, suas características principais e as evidências da constituição de uma “novilíngua”. Tomamos este discurso como um analisador das subjetividades no mundo atual.

Propomos, assim, examinar os sentidos que as novas palavras adquirem no quadro do discurso da prevenção ao HIV/AIDS compreendendo que este discurso constitui-se, de fato, em uma “novilíngua” com sua gramática e com sua semântica próprias. O discurso preventivo em HIV/AIDS visa mudar comportamentos a partir da transmissão de conhecimentos sobre a doença. Mas, que conseqüências advém daí?

A PESQUISA

APRESENTAÇÃO DA PESQUISA

O vírus HIV desde sua descoberta há três décadas, vem gerando grandes desafios para os profissionais de saúde. Embora descoberta no início da década de 80, a síndrome da imunodeficiência adquirida – AIDS – ainda hoje inspira diversos cuidados não só em vista da não descoberta de sua cura, como também pelo drama social que tem infligido às diversas populações que atinge. No Brasil, como um problema de saúde que evoluiu demonstrando as contradições sociais, econômicas e culturais, a AIDS/HIV constitui-se como um espaço metodológico relevante na busca de respostas sobre como o poder público brasileiro organiza e estabelece as políticas de saúde pública (Marques, 2003).

A particularidade da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, como é o caso da epidemia de HIV/AIDS, é a pluralidade de campos envolvidos. Uma das dificuldades é a articulação de um discurso médico preventivo num campo tão íntimo quanto o da sexualidade.

Nesse sentido, observamos como se estabelece o discurso médico da prevenção frente um campo tão complexo. Nossa hipótese é que esse discurso se apropria de palavras que possuem um sentido na língua, mas passam adquirir novos sentidos no interior deste discurso. Assim, percebemos que algumas palavras ganham novos sentidos assinalando mutações que apontam processos de subjetivação igualmente novos.

Utilizamos a concepção “novilíngua” – termo designado por Orwell (1972) – para denominar este discurso. A proposta desse trabalho é examinar esta “novilíngua” da prevenção e seus efeitos. Sugerimos que esta “novilíngua” produz efeitos nas representações simbólicas. Pensamos ser importante compreender suas conseqüências para o sujeito e para o laço social.

Compreendemos que a linguagem é o lugar de designação do sujeito. Buscamos a linguagem do discurso médico pois, como veremos, a medicina se tornou o grande paradigma contemporâneo e o discurso médico a nova forma de organização subjetiva. Compreendemos o sujeito como efeito do discurso, assim, nossa análise

seguirá este viés. O propósito da pesquisa sendo o de investigar no trabalho de aconselhamento os novos sentidos que algumas palavras adquirem no interior do discurso da prevenção, levou-nos a buscar constituir as categorias de análise tornassem possível investigar o surgimento da “novilíngua” da prevenção no contexto do HIV/AIDS.

HIPÓTESE

O presente trabalho tem como hipótese tomar o discurso médico da prevenção ao HIV/AIDS como a constituição de uma “novilíngua” da prevenção.

OBJETIVO GERAL

- Tomar o discurso da prevenção ao HIV/AIDS como dispositivo para analisar as mudanças de subjetivação e nas sociabilidades a partir do contexto do discurso sanitário atual.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Construir uma breve contextualização da epidemia de HIV/AIDS, de modo a buscar compreender as estratégias de enfrentamento construídas pelas políticas públicas no Brasil ao longo de três décadas.
- Apresentar o conceito de “novilíngua” em seus diversos contextos e desdobramentos.
- Investigar a biopolítica em sua expressão contemporânea.
- Selecionar do discurso da prevenção categorias de análise, que possam indicar a emergência de uma “novilíngua” da prevenção.

METODOLOGIA

Procedemos a seleção de palavras utilizadas no aconselhamento em HIV/AIDS que nos possibilitem investigar os efeitos do discurso da prevenção sobre sujeito e o laço social. Nossa investigação visa, então, analisar o sentido destas palavras no interior dos discursos preventivos nas técnicas de Aconselhamento.

A análise foi realizada a partir dos roteiros elaborados para os atendimentos do Centro de Testagem e Aconselhamento pesquisado. Assim, consideraremos os formulários-guias das entrevistas de aconselhamento em HIV /Aids o material base da pesquisa. O período de investigação compreendem os anos de 2007, 2008, 2009 e 2010. Para a coleta do material foram analisados cem prontuários, vinte e cinco de cada ano.

Procedemos neste estudo a uma pesquisa documental dos formulários utilizados no trabalho de aconselhamento de um Centro de testagem e Aconselhamento do Rio de Janeiro. Os formulários foram analisados a partir de categorias construídas tendo em vista a hipótese deste estudo, qual seja, a constituição de uma “novilíngua” da prevenção.

JUSTIFICATIVA

A pandemia de HIV/AIDS tem se configurado, nas últimas três décadas, como um verdadeiro desafio para a Saúde Coletiva, uma vez que coloca em cena inúmeras e complexas questões que interessam a todos que estão atuando no seu enfrentamento - dos cientistas e profissionais de saúde aos indivíduos e coletividades. Compreendemos que “aos cientistas sociais as epidemias revelam-se como importantes espaços de pesquisa na reconstrução e análise de valores sociais e práticas institucionais em diferentes sociedades” (Marques, 2003).

O interesse pelo tema surgiu a partir da minha prática no Centro de Testagem e Aconselhamento do Hospital Escola São Francisco de Assis (CTA/HESFA/UFRJ). A experiência como aconselhadora despertou inúmeras interrogações a respeito do trabalho de prevenção: reflexões sobre seus limites e possibilidades. Observando o discurso da prevenção no aconselhamento, percebemos que a emergência deste discurso produz consequências simbólicas do ponto de vista do sujeito e das sociabilidades. Como assinala Marques (op cit) “linguagem e narrativas tanto informam quanto podem construir realidades” (Marques, op cit). Na nossa busca por problematizar o discurso da prevenção refletimos, assim, sobre a constituição do sujeito e do fazer sociedade.

CAPÍTULO 1

HIV/AIDS: TRÊS DÉCADAS DE ENFRENTAMENTO

Neste capítulo vamos apresentar a pesquisa realizada. Procuramos aqui contextualizar a epidemia de HIV/AIDS. Nesse sentido, traçamos o percurso do aconselhamento como estratégia de enfrentamento e sua expressão hoje. Nossa investigação é uma reflexão sobre o trabalho de aconselhamento, deste modo, é neste capítulo que caracterizaremos nosso contexto.

BREVE HISTÓRICO DA EPIDEMIA

A epidemia de AIDS – síndrome da imunodeficiência humana adquirida – foi um marco do final do século XX. No início dos anos 1980 foram registrados os primeiros casos dessa nova enfermidade que tinha como características principais a contaminação de homossexuais e a irreversibilidade da doença, que causava muitas mortes. No início da epidemia não havia informações sobre as formas de transmissão, agente causador, consequências da infecção, não era possível saber nada sobre o alcance da epidemia. Era uma situação que produzia muita insegurança frente ao mistério da nova doença.

Além disso, a crença na tecnologia médica e os métodos de prevenção de doenças infecciosas desenvolvidos durante o século XX asseguravam ao mundo moderno a certeza do controle de epidemias, delegadas ao imaginário de pestes e cólera, um pesadelo que não se repetiria (Marques, 2003). Ao se ver frente a uma nova epidemia no fim do século XX, a ciência médica se deparou com um grande desafio: uma nova enfermidade com características muito particulares. Para Camargo Júnior (1994), o pânico maior causado pelo surgimento da AIDS foi a percepção da limitação de uma medicina tida como poderosa.

Frente a essa situação as autoridades tiveram suas primeiras reações, os primeiros programas de controle da AIDS foram desenvolvidos como uma resposta emergencial. “O senso de desorientação e surpresa causado pela AIDS no início da década de 1980 suscitou uma busca imediata por respostas no que diz respeito ao

combate e tratamento da doença” (Marques, 2003). Não havia conhecimento sobre o que fazer e como lidar com o problema. Parker (1994), aponta para a complexidade e o dinamismo da epidemia no Brasil e no mundo. Nesse momento se delineava um novo contexto para a sociedade em geral.

No início, “a epidemiologia da nova doença apontou para uma quase exclusiva incidência entre os homossexuais masculinos” que foram registrados como primeiros casos da AIDS. Entretanto, “novos casos de AIDS descritos em várias partes do mundo vieram ampliar essa definição de transmissibilidade da doença” (Marques, 2003).

Com o aparecimento de casos HIV/AIDS em hemofílicos e em usuários de drogas injetáveis houve a comprovação depois da transmissão sanguínea do vírus responsável pela doença, o que mostrou uma mudança no perfil dos infectados. Posteriormente, “com a ocorrência de casos em crianças, ficou comprovado a transmissão de mãe para o filho, podendo ela ocorrer durante a gravidez, no momento do parto ou por meio da amamentação” (Marques, 2003). Portanto, foi possível, nesse momento, comprovar as formas de transmissão.

Com o passar do tempo, aparecimento de novos casos e desenvolvimento de pesquisas, as concepções sobre a AIDS foram estabelecidas e determinadas: a transmissão ocorre por relações sexuais sem preservativos, via sanguínea e de mãe para filho, na gestação, parto ou amamentação. Com a identificação do vírus causador da doença, o HIV (Human Immunodeficiency Virus, em inglês), ou vírus da imunodeficiência humana descobriu-se que a AIDS é a fase final da doença.

Ainda em meados dos anos 1980 ocorre a I Conferência Internacional de AIDS em Atlanta, onde 51 países já anunciam ter casos de AIDS em sua população. No Brasil, a evolução de políticas públicas para o enfrentamento da epidemia teve diferentes passos, estes foram dados de acordo com o desenvolvimento do conhecimento sobre a AIDS. Segundo Marques (2003), em 1985, o ministro da Saúde estabelece as primeiras diretrizes e normas para o combate à epidemia no país, assumindo a AIDS como um problema emergente de saúde pública. Já em 1986, no

Brasil, houve a criação do Programa Nacional de DST/AIDS, tornando obrigatória a notificação de novos casos de AIDS as autoridades de saúde.

De acordo com Marques (op cit), há grande importância da ciência e de campos de conhecimento, como a epidemiologia, na construção social e científica da AIDS, ou seja, o impacto social das primeiras caracterizações epidemiológicas da doença com base na hipótese de estilo de vida e a definição de grupos de risco. A prevenção ao HIV/AIDS surge no primeiro momento com um discurso direcionado aos chamados “grupos de risco”, que incluíam homossexuais, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos.

O combate a epidemia tornou-se oficial e como não havia, e ainda hoje não há cura, o foco desde o princípio é a prevenção. A prevenção do HIV/AIDS se caracteriza por recomendações sanitárias sobre a utilização do preservativo nas relações sexuais, utilização de agulhas descartáveis para usuários de drogas injetáveis e hoje há a testagem dos sangues doados para que quem receba a transfusão não corra riscos. Aos poucos a noção de grupo de risco perdeu sua centralidade e a noção de risco estendida as mais diversas camadas da população tornou-se a extensão do discurso da prevenção. Em linhas gerais a evitação dos riscos é a norma utilizada no combate a infecção.

“A noção de risco para a infecção, inicialmente associada a grupos específicos, passou a ser relacionada ao comportamento individual. A utilização da terminologia “grupo de risco” perdeu gradativamente sua importância, sendo substituída conceitualmente por “comportamentos de risco”, depois superpostas pela noção de vulnerabilidade” (Brasil, 2011).

As mudanças nas terminologias refletem as mudanças no enfrentamento. Levando em consideração desenvolvimento dos conhecimentos científicos, a participação de diferentes segmentos sociais e institucionais na construção de respostas à epidemia e as articulações que permearam o espaço de organização dessas ações oficiais (Marques, 2003).

Apesar dos avanços significativos no enfrentamento da epidemia no país, esta continua também a avançar. A AIDS desde 1980 é um problema de saúde pública no Brasil e no mundo. O vírus HIV desde sua descoberta vem gerando grandes desafios para os profissionais de saúde.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, no Brasil, cerca de 630 mil pessoas vivem com o HIV. O número é estimado, pois notificam-se apenas os casos de soropositivos que tomam medicamentos antirretrovirais. Por ano, são notificados entre 33 mil e 35 mil novos casos de AIDS.

Ao longo dessas três décadas de epidemia houveram mudanças significativas. Algumas das novas faces da epidemia são números crescentes de infecções de mulheres e idosos. A razão de sexo (número de casos em homens dividido por número de casos em mulheres) no Brasil diminuiu consideravelmente do início da epidemia para os dias atuais. Em 1986, a razão era de 15 casos de AIDS em homens para cada caso em mulheres. A partir de 2003, a cada 15 casos em homens passaram a existir 10 em mulheres. Chama atenção a análise da razão de sexo em jovens de 13 a 19 anos. Nessa faixa etária, o número de casos de AIDS é maior entre as meninas. A inversão vem desde 1998, com 8 casos em meninos para cada 10 casos em meninas. Apesar de a faixa etária de 25 a 49 anos constituir o grupo mais atingido pela AIDS, os casos entre pessoas acima dos 60 anos dobraram entre 1997 e 2007, segundo dados do Boletim Epidemiológico de 2009, passando de 497 para 1.263 novos casos.

Outra nova face da epidemia, que mudou seu perfil é que atualmente, com a utilização dos antiretrovirais, a AIDS parece ter-se estabelecido como doença crônica, mesmo que epidêmica em diversas sociedades. Os antiretrovirais são medicamentos que foram desenvolvidos para impedir a multiplicação do vírus no organismo. Esses medicamentos são responsáveis pela sobrevivência dos indivíduos identificados com o vírus HIV, pois ajudam a evitar o enfraquecimento do sistema imunológico. Não matam o vírus, mas mantêm os sintomas sob controle.

De acordo com Marques (2003), “com a “normalização” da doença, principalmente em países mais desenvolvidos e passados a surpresa e o choque

iniciais [...] a AIDS passou a ser entendida a partir do prisma do paradigma da doença crônica, e assim, possível de ser controlada por políticas apropriadas de saúde e educação”.

O modelo da doença crônica, de acordo com Marques (op cit) propõe ações individualistas de prevenção, nas quais essas ações são delegadas ao indivíduo em relação ao seu estilo de vida:

“[...] construído sobre o discurso individualista das doenças crônicas modernas, no sentido de que estas são associadas ao estilo de vida [...]. A AIDS , como outras doenças e infecções que podem ser controladas, passou a ser entendida, nessa fase, de forma semelhante ao início da epidemia, ou seja, como resultado de padrões de comportamento que não estão entre os considerados saudáveis para uma vida longa” (Marques, 2003).

Compreendemos que o advento da epidemia de HIV/AIDS trouxe, na prática, questões teóricas que examinaremos a seguir. A epidemia reflete contradições que consideramos importante serem pensadas a fundo. O enfrentamento da epidemia é um desafio desde seu surgimento, muitos obstáculos foram superados, como o número de transmissão por transfusão sanguínea e transmissão vertical diminuíram vertiginosamente, o acesso a medicação que produziu aumento da sobrevivência das pessoas com o vírus também é um ponto de vitória desse modelo de combate a epidemia. Entretanto, podemos perceber que com o passar dos anos muitas questões ainda estão pendentes na discussão. A premissa do discurso da prevenção é que a informação que pode mudar comportamentos, contudo, na prática isso não se verifica. Não podemos negar que está de acordo com o cenário global, mas que produz consequências importantes do ponto de vista do sujeito. O modelo de prevenção que temos hoje dentro de seus limites e possibilidades será analisado ao longo deste trabalho.

O QUE É O CTA

O diagnóstico da infecção pelo HIV é feito por meio de testes, realizados a partir da coleta de uma amostra de sangue. No Brasil, estes testes podem ser

realizados nos laboratórios de saúde pública, por meio do atendimento do usuário nas unidades básicas de saúde, em Centros de Testagem e Aconselhamento (CTAs) da rede pública e em laboratórios particulares.

Nos CTAs, o teste anti-HIV pode ser feito de forma anônima e gratuita. Nesses Centros, além da coleta e da execução dos testes, há um processo de aconselhamento, antes e depois do teste, feito de forma cuidadosa, a fim de facilitar a correta interpretação do resultado pelo paciente.

Esses centros foram inicialmente formados como Centros de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), no final da década de 80. “Considerados modalidade alternativa de serviços de saúde, devendo oferecer sorologia anti-HIV gratuita, confidencial e anônima, além de prover educação e aconselhamento para os indivíduos sob risco de infecção pelo HIV” (Brasil, 1999).

Em Porto Alegre (RS) foi criado o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico, tornando disponível a oferta de testes anti-HIV e acesso a informações sobre medidas de prevenção e referências para tratamento.

“O objetivo principal era interromper a cadeia de transmissão da doença, o que deveria ser promovido pela realização do diagnóstico precoce de pessoas infectadas e de seus parceiros; absorção de pessoas que procuravam os bancos de sangue para a realização do diagnóstico; oferta do aconselhamento, do preservativo e de informações apropriadas e cientificamente embasadas; e encaminhamento de pessoas com resultado positivo para o HIV aos serviços de referência e aos grupos organizados de base comunitária que atuavam com o tema” (Brasil, 1999).

Em 1996 os COAS passaram a ser chamados de CTAs devido a proposições do Política Nacional - DST/AIDS. Os CTAs deveriam, a partir de então, buscar oferecer aos pacientes na testagem anti-HIV um atendimento integral, calcado numa prática de cuidado à saúde, com a prática do aconselhamento particularizando o atendimento.

O Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA) constituiu-se, desde então, em um campo importante das ações preventivas desempenhando um significativo

papel na estratégia de enfrentamento da epidemia de HIV/AIDS. O CTA, atua como porta de entrada ao sistema de prevenção, e é responsável pela detecção precoce da infecção pelo vírus HIV. Além disso, funciona também como referência para assistência das pessoas que são diagnosticadas como soropositivas, encaminhando-as aos locais onde poderão fazer o tratamento. Os CTAs são considerados serviços estratégicos para promoção da equidade no acesso ao diagnóstico e ao aconselhamento.

Nos anos 90, os CTAs tornaram-se referência para o acesso universal à testagem e aconselhamento em DST/AIDS, indicando a expansão da oferta do teste e de orientações de prevenção do HIV e outras DST, destinadas à população em geral e a segmentos populacionais considerados em situação de maior vulnerabilidade. O dinâmico cenário da epidemia de HIV/AIDS no mundo e no Brasil, somado às inovações tecnológicas para o diagnóstico do HIV e tratamento da doença - que proporciona um aumento da expectativa de vida - exige modificações relacionadas à estrutura e organização dos serviços; as ações de testagem e aconselhamento passam a ocupar lugar privilegiado entre as estratégias de prevenção e promoção da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/AIDS.

O objetivo deste serviço, desde sua criação, era oferecer o teste anti-HIV para todas as pessoas que se percebem em risco para infecção pelo vírus, mediante ação preventiva que se dá na interação direta entre profissional de saúde e usuário. Além deste, outros objetivos do CTA passaram a ser: expandir o acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV através do encaminhamento das pessoas portadoras do HIV para serviços de referência, auxiliando os usuários no processo de adesão aos tratamentos anti-retrovirais; absorver a demanda por testes sorológicos nos bancos de sangue; contribuir para a redução dos riscos de transmissão do HIV; estimular a adoção de práticas seguras; estimular o diagnóstico dos parceiros sexuais daqueles que procuraram o serviço e finalmente, auxiliar os serviços de pré-natal para a testagem de mulheres gestantes. A rede brasileira de CTA contava em 2006 com cerca de 383 serviços implantados e distribuídos por todos os estados, sendo a maior parte na

região Sudeste - que foi mais severamente afetada desde o início da epidemia e que ainda hoje concentra o maior número de casos de AIDS do país.

ACONSELHAMENTO COMO PRÁTICA DE ENFRENTAMENTO

A principal atividade do CTA é o aconselhamento pré e pós teste. O Ministério da Saúde (2000) definiu o aconselhamento como “um processo de escuta ativa, individualizado e centrado no usuário. Pressupõe a capacidade de estabelecer uma relação de confiança entre os interlocutores, visando o resgate dos recursos internos do usuário para que ele mesmo possa se reconhecer como sujeito de sua própria doença e transformação”.

“Ao procurar um CTA, o usuário desse serviço tem direito a passar por uma sessão de aconselhamento, que pode ser individual ou coletivo, a depender do serviço. O aconselhamento é uma ação de prevenção que tem como objetivos oferecer apoio emocional ao usuário, esclarecer suas informações e dúvidas sobre DST e HIV/AIDS e, principalmente, ajudá-lo a avaliar os riscos que corre e as melhores maneiras que dispõe para prevenir-se” (Brasil, 2010).

Num primeiro momento seria o aconselhamento coletivo, momento em que são passadas informações sobre prevenção e transmissão das DST/HIV/AIDS, bem como sobre possibilidades de tratamento para aqueles que são portadores do vírus. Esta primeira etapa é composta por uma série de informações sobre forma de contaminação, prevenção, exames disponíveis, resultados possíveis, entre outras informações. Essa exposição pretende pormenorizar esses diversos pontos, buscando passar informação e esclarecer dúvidas. Essa é direcionada para informações mais gerais, que possam interessar a todos que estão procurando a testagem anti-HIV. Esse serviço compôs o atendimento no CTA durante anos, mas atualmente foi suprimido.

Em seguida, o paciente é dirigido para o aconselhamento individual, onde ele é convidado a falar de sua vida. O objetivo ali é estabelecer uma análise dos seus riscos para que se possa orientá-lo da melhor forma possível. Fazem parte desta etapa

o acolhimento, o estabelecimento do vínculo, o mapeamento de situações de vulnerabilidade e a orientação sobre o teste (Brasil, 1999).

O aconselhamento individual consiste, portanto, em particularizar o atendimento. A pessoa que procurou o exame e o aconselhador conversam em um consultório. O atendimento ocorre a partir de um formulário que direciona a conversa e que deve ser preenchido pelo aconselhador com as informações dadas pelo usuário. Constrói-se, assim, um banco de informações que dizem respeito ao uso de álcool e drogas, doenças sexualmente adquiridas anteriormente, doação e recebimento de transfusão de sangue, quantidade de parceiros, uso do preservativo e práticas sexuais.

Após o aconselhamento coletivo e individual o usuário realiza a coleta de sangue. A entrega do resultado é feita mediante o “Aconselhamento Individual Pós-teste”.

“Considerando-se a necessidade de manejar adequadamente as reações dos usuários frente ao diagnóstico, bem como de reiterar as orientações preventivas, todas as entregas de resultados de exames realizados nos CTA, independentemente de seus resultados, devem ser acompanhadas de aconselhamento pós-teste individual” (Brasil, 1999).

É o momento em que o profissional revela a condição sorológica do usuário, auxiliando-o na elaboração dos sentimentos e percepções decorrentes desse processo. Cada resultado (positivo, negativo ou indeterminado) supõe um enfoque diferente das questões a serem tratadas.

“O atendimento nesses centros é inteiramente sigiloso e oferece a quem realiza o teste a possibilidade de ser acompanhado por uma equipe de profissionais de saúde que a orientará sobre resultado final do exame, independente dele ser positivo ou negativo. Quando os resultados são positivos, os CTA são responsáveis por encaminhar as pessoas para tratamento nos serviços de referência” (Brasil, 2010).

A prática do aconselhamento como enfrentamento pretende a educação no tema, bem como a transmissão de informações com o intuito de modificar os hábitos

de quem passa por esse processo, incluindo os princípios da prevenção no cotidiano dos sujeitos envolvidos.

Teoricamente essa estratégia é muito rica. Na prática observamos que em muitos casos pode sim aumentar o acesso às informações vinculadas à epidemia. O CTA como mecanismo de enfrentamento é, assim, o porta-voz do discurso médico da prevenção que consideramos na nossa investigação como constituindo-se em uma “novilíngua”, produzindo efeitos importantes como já assinalamos anteriormente. Ao longo do texto identificaremos as importantes consequências do ponto de vista do sujeito e da sociedade na medida em que este impede a emergência de singularidades, totalizando, assim, a experiência humana. O CTA, deste modo, parece ser um campo de produção da “novilíngua” da prevenção.

CAPÍTULO 2

ORWELL, BENVENISTE E KLEMPERER: A PROBLEMÁTICA DISCURSIVA

Este capítulo destina-se a apresentação e problematização do objeto desta pesquisa, a “novilíngua”. Este termo surgiu no livro de George Orwell “1984” e caracteriza uma nova forma de comunicação, mais do que isto, uma nova estrutura e utilização da língua.

A hipótese do presente trabalho, como dissemos, é a de que o discurso sobre prevenção ao HIV/AIDS se constitui em uma “novilíngua”. Orwell criou o termo “novilíngua” para denominar o discurso que torna impossível ao sujeito emergir em sua singularidade bem como reconhecer em sua radical alteridade.

Procurando caracterizar a “novilíngua” de Orwell inicialmente buscamos no filósofo da linguagem Benveniste o aprofundamento das questões da linguagem e suas implicações na constituição da subjetividade. Também a obra “LTI: A linguagem do Terceiro Reich” de Klemperer foi importante para nos ajudar a pensar a questão. A análise deste autor sobre a aplicação da novilíngua num contexto histórico determinado – o nazismo – nos possibilitou pensar como a linguagem produz ideologia, produz novas constituições de sujeito e de laço social. Finalmente a menção a Bakhtin, através do trabalho de Marília Amorim, que nos possibilitou a reflexão sobre a dimensão da alteridade da linguagem.

A “NOVILÍNGUA” DE ORWELL

O livro de Orwell, “1984”, foi escrito em 1948. É uma ficção. O mundo retratado pelo autor se divide em três grandes áreas: Eurásia, Lestásia e Oceania. A história ocorre no megabloco da Oceania, região sob o poder totalitário do Grande Irmão (Big Brother) e mantido pelo Partido (IngSoc). O Partido era composto por Ministérios e Departamentos que eram responsáveis pela manutenção da sociedade. Aquele mundo era marcado pela extrema vigilância, obtida através das teletelas instaladas em todos os lugares com incentivo às denúncias buscando identificar os atos e pensamentos contrários ao partido para destruí-los.

A história tem como personagem central Winston Smith. Ele é funcionário do Ministério da Verdade e tinha como função, de acordo com o interesse do Partido, reescrever e alterar dados de todos os documentos públicos disponíveis.

Winston parte de uma certa indiferença frente a realidade, mas se dá conta de sua insatisfação com a falta de liberdade. Para extravasar sua insatisfação de início ele escrevia em um diário como se sentia em relação ao Grande Irmão, o que não era proibido, mas caso fosse descoberto ele sabia que seria punido. Winston dá mais um passo na tentativa de mudar a realidade, parte para encontrar pessoas que pensem da mesma forma.

Ele se apaixona por Júlia e os dois vivem escondidos um romance. Ela a princípio é a única com quem Winston pode dividir sua vontade de revolução. O'Brien, um membro do partido, percebe que Winston era diferente dos outros e os convida para um encontro onde o engana e assume a mesma vontade de revolução. Eles confirmam suas posições contra o "Grande Irmão" frente a O'Brien, acabam sendo presos e vivendo seus piores momentos no temido quarto 101, lugar de tortura personalizada. Por fim, Winston Smith é solto, mas já não é mais a mesma pessoa e, finalmente ama o "Grande Irmão".

A linguagem oficial da sociedade fictícia do romance deste mundo retratado por Orwell é a novilíngua. O que seria uma variação do inglês, com um vocabulário extremamente limitado pelo governo. A narrativa ficcional de Orwell constitui-se como uma crítica importante às implicações políticas do uso da linguagem. Sua invenção da "novilíngua" nos alerta sobre o poder da linguagem em moldar realidade.

Na descrição do autor, o principal objetivo da novilíngua é estreitar a gama do pensamento (Orwell, 1972 p. 52). Este objetivo se tornaria possível através da principal característica da novilíngua: a progressiva diminuição das palavras. "A redução do vocabulário era um objetivo por si só, independente dos sentidos heréticos, pois a finalidade da novilíngua era diminuir a extensão do pensamento reduzindo o número de palavras ao mínimo" (Castro, 2008). Era, portanto, através da redução das palavras que o regime descrito por Orwell (1972) impedia o

aparecimento de ideias diferentes das impostas pelo totalitarismo, já que não seria possível expressá-las sem a existência das palavras.

“Se temos a palavra ‘bom’, para que precisamos de ‘mau’? ‘Imbom’, faz o mesmo efeito – e melhor, porque é exatamente oposta, enquanto ‘mau’ não é. Ou ainda, se queres uma palavra mais forte para dizer ‘bom’, para que [...] palavras como ‘excelente’ e ‘esplêndido’, etc e tal? [...] No fim todo conceito de bondade e maldade será descrito por [...] uma única. Não vês que beleza, Winston?” (Orwell, 1972 p. 52).

De acordo com Castro (2008) a novilíngua de Orwell seria composta de termos com teor ideológico em sua estrutura, pois “eram palavras curtas, sem equívocidade, as quais podiam ser pronunciadas rapidamente, com a menor repercussão na mente do falante”. Como a autora apresenta, quanto menor a possibilidade de escolha entre palavras, menor a existência de recursos para refletir. No limite, o falante pronunciaria quase sem pensar.

“A Revolução completar-se-ia quando a língua se tornasse perfeita, isto é, quando fosse impossível cogitar formas de pensamento divergentes de seu princípio [...] Não haveria então pensamento, pois ortodoxia significava não precisar pensar. [...] Uma opinião heterodoxa só podia ser expressa superficialmente [...] mas nunca ser sustentada por uma argumentação justificada, porque não havia as palavras necessárias” (Castro, 2008).

A novilíngua era o instrumento através do qual o “Grande Irmão” buscava tornar o povo uma massa de repetição da ideologia do regime. A estratégia era fazer desaparecer as diferenças e principalmente impossibilitar ideias contrárias a ele. Segundo Castro (2008), na novilíngua orwelliana “a palavra virava pura prática fonatória desumanizada, de uso simplesmente operatório. Submetia-se voluntariamente a enunciados apresentados como livres da enunciação”.

A novilíngua, então, produz o diálogo como mero instrumento de reprodução do discurso dominante. Nos enunciados sem enunciação, como objetiva a novilíngua,

o surgimento das singularidades é abafado e a dimensão do Outro desaparece gradualmente.

De acordo com Castro (2008), “a base dessa elisão da alteridade está nas construções da linguagem, que levadas ao extremo na novilíngua, vimos se tornarem realidade em nosso cotidiano”. Portanto, podemos identificar a novilíngua retratada por Orwell e suas características também em outros tempos, até mesmo atualmente, como vamos discutir à frente.

A ENUNCIÇÃO: O EU E O OUTRO

Para Benveniste (2006): “[...] a sociedade é dada com a linguagem. Por sua vez, a sociedade só se sustenta pelo uso comum de signos de comunicação. A partir desse momento a linguagem é dada com a sociedade. Assim, cada uma dessas entidades, linguagem e sociedade, implica a outra”. A língua é um dispositivo que vai muito além da comunicação entre os homens, diz respeito a constituição do sujeito e de sua subjetividade, portanto, de toda uma sociedade. Para o autor a linguagem ensina a própria definição do homem “é um homem falando que encontramos no mundo, um homem falando com outro homem” (Benveniste, 1988).

Assim, para Benveniste (2006), a linguagem é “para o homem o único meio de atingir o outro homem, de lhe transmitir e de receber dele uma mensagem”, conseqüentemente, “a linguagem exige e pressupõe o outro”. Assim, o autor chama de enunciação à dimensão pela qual o sujeito se coloca no discurso e direciona esse discurso a um Outro. A enunciação é, portanto, a utilização individual da língua direcionada à compreensão e à resposta de um Outro. Como explica Amorim (2002), é o lugar de expressão e, mais ainda, de constituição de subjetividade, e seu sentido só se produz numa relação de alteridade.

Benveniste (2006), nos explica a importância da relação de alteridade a partir da apresentação da dinâmica da enunciação:

“Todo homem se coloca em sua individualidade enquanto eu por oposição a tu e ele. O ato de discurso enuncia eu [...] aquele que fala se apropria desse eu. Desde que o pronome eu aparece num

enunciado, evocando o pronome tu para se opor conjuntamente a ele, uma experiência humana se instaura de novo e revela o instrumento linguístico que a funda.” (p. 69)

Para Benveniste (2006), um dado constitutivo da enunciação é que “o ato individual de apropriação da língua introduz aquele que fala em sua fala”, assim, “desde que ele se declara locutor e assume a língua, ele implanta o outro diante de si, qualquer que seja o grau de presença que ele atribua a este outro. Toda enunciação é, explícita ou implicitamente, uma alocução, ela postula um alocutário”. A dinâmica da enunciação é, portanto, a possibilidade do sujeito se produzir e reconhecer o Outro como diferente de si. A comunicação dada nessa base é o que funda a linguagem como especificidade do humano.

Benveniste (op cit), argumenta que “é primeiramente a emergência dos índices de pessoa (a relação eu-tu) que não se produz senão na e pela enunciação; o termo eu denotando o indivíduo que profere a enunciação, e o termo tu, o indivíduo que aí está presente como alocutário”. É no intercâmbio dos lugares eu-tu que o sujeito se funda – o eu quando assume sua fala e a direciona ao tu, que por sua vez, a assume quando responde.

Amorim (2004) reitera a dinâmica da enunciação buscando em Benveniste os elementos que a compõe:

“Há sempre um eu que enuncia e o faz dirigindo-se a alguém que ele designa como seu interlocutor – o tu. Ele fala a um tu de alguém ou de alguma coisa, quer dizer de um ele. Mesmo quando falo de mim mesmo, eu me constituo em objeto da minha fala e este objeto está, como qualquer outro no lugar de um ele. O mim, assim como o ele, não enuncia”.

Assim, a enunciação é a língua individual posta em prática e assim convertida em discurso. Portanto, aquilo que “emana de um locutor, forma sonora que atinge um ouvinte e que suscita uma outra enunciação de retorno” (Benveniste, 2006).

Um dos traços fundamentais da linguagem é, segundo Amorim (op cit), a alteridade sob forma do diálogo – “não há linguagem sem que haja um outro a quem

eu falo e que é ele próprio falante/respondente”. A autora, a partir de uma concepção baktiniana do discurso, lembra que o texto, a produção científica – o discurso – é sempre polifônico, ou seja, possui vozes diversas. A palavra sempre se dirige. Remetemo-nos, então, à Bakhtin, porque nos interessa pensar sobre a dimensão de alteridade da linguagem. A perspectiva baktiniana nos permite pensar sobre a questão do Outro no interior do discurso. Nesse sentido, Benveniste (1988) argumenta que a consciência de si só é possível se vivida no contraste, a condição de diálogo que constitui a pessoa, pois “implica em reciprocidade – que eu me torne tu na alocação daquele que por sua vez se designa por eu”.

“Como forma de discurso, a enunciação coloca duas “figuras” igualmente necessárias, uma, origem, a outra, fim da enunciação. É a estrutura do diálogo. Duas figuras na posição de parceiros são alternativamente protagonistas da enunciação. Este quadro é dado necessariamente com a definição de enunciação” (Benveniste, 2006).

A “NOVILÍNGUA” E A PROLIFERAÇÃO DA NÃO-PESSOA:

Amorim (2004), considera que não há linguagem sem possibilidade de diálogo, sem possibilidade de resposta. “Falar é falar a outros que falam e que, portanto, respondem”. A estrutura do diálogo envolve um eu que em sua singularidade se dirige a um ouvinte que ao responder assume seu discurso. Para Amorim (op cit) “o ato de produzir um enunciado tem necessariamente a estrutura do diálogo: duas figuras em posição de parceiros que se alternam como protagonistas da enunciação”.

Com a redução da possibilidade de se colocar no discurso, através do controle da linguagem, a perda da dimensão da alteridade está dada. É esta a nova dinâmica da linguagem que compreende o conceito de novilíngua.

Deste modo, consideramos que com a novilíngua torna impossível o exercício da dinâmica da enunciação. O controle da linguagem, a manipulação da utilização das palavras e a impossibilidade de discursos singulares produz consequências diretas na emergência do sujeito, em suas formas de ser e estar no mundo.

Podemos dizer, então, que a novilíngua se caracteriza por dificultar a entrada no simbólico, papel da linguagem. Com a manipulação das palavras para um objetivo totalitário as singularidades tornam-se diluídas e a possibilidade de emergência do sujeito reduzida. Na novilíngua com o apagamento da dimensão da alteridade e produção de ideologias massificadas, colocam-se questões essenciais para a condição de sujeito, para o laço social e o fazer sociedade.

A falta da dimensão da enunciação na novilíngua produz discursos sem um eu específico que assume a língua e sem o reconhecimento do tu – que aponta para a perda da dimensão da alteridade. O que nos resta apenas é o lugar do que não enuncia, que Amorim (2004), denomina como não-pessoa.

Assim, a dinâmica eu-tu/ele da enunciação, fundamental a linguagem, desaparece. Nesta nova dinâmica que se apresenta na linguagem observamos que não é possível constituir-se um eu, ato em que “locutor mobiliza a língua por sua conta”, e há o apagamento do Outro, há a “falta do lugar que a alteridade fala como tu” (Amorim, 2004).

Amorim (op cit), resgata Benveniste, para explicar que “se eu e tu são pessoas únicas é impossível multiplicá-las”. Portanto, para realizar enunciados que se organizam de modo a atenuar a expressão de singularidades e possibilitar a produção de um corpo social com ideologia homogênea é necessário afastar da linguagem a relação eu-tu. “A única pessoa que pode efetivamente ser pluralizada é a terceira e isso, justamente pelo fato de ser uma não-pessoa, isto é, que não está em posição de falar”. A terceira pessoa, segundo Benveniste (1988), não remete a nenhuma pessoa, porque se refere a um objeto colocado fora da alocação”.

Ao deslocar o enunciado para fora da dinâmica eu-tu/ele apresentada por Benveniste, há o deslocamento do discurso para fora da esfera pessoal – “que coloca a não-pessoa como o lugar para onde tende a enunciação” (Amorim, 2004).

A proliferação da não-pessoa no discurso produz consequências importantes do ponto de vista do sujeito. Em enunciados em que não há a possibilidade do eu se apropriar da língua e de reconhecer o tu, só resta o que não enuncia. Portanto, cabe a pergunta, como fazer sociedade quando o eu e o tu gradativamente desaparecem?

Como pensar em sujeitos que não enunciam, que não assumem o lugar do eu em suas falas e não reconhecem o outro? Como se dá uma sociedade de não-pessoas?

Pensar sobre essas questões implica em traçar um percurso de investigação da linguagem. Vimos com Benveniste que a linguagem tem como função mediar a relação com o outro e é o que nos possibilita a entrada no simbólico. O progressivo desaparecimento das funções da língua e aparecimento da novilíngua contemporânea nos leva a pensar antes mesmo da função da enunciação, mas pensar como, através da linguagem, os sujeitos se constroem. Devemos então investigar a própria constituição do sujeito através dos signos que a formam.

Nesse sentido, o signo fundamenta tudo (Benveniste, 2006). Através função do signo é possível a fundamentação do sujeito – consequentemente, da sociedade como conhecemos. Para o autor, “o signo é colocado na base do universo inteiro, [...] funciona como princípio de definição para cada elemento e como princípio de explicação para todo conjunto [...]. O homem inteiro é um signo, seu pensamento é um signo, sua emoção é um signo”. A língua é o principal sistema de signos que exprimem idéias, o discurso é uma composição desses signos, que são as palavras. Portanto, o uso dos signos através da linguagem é o que fundamenta a constituição do sujeito e da cultura.

A função da linguagem no processo de constituição do sujeito e da cultura é a função simbólica do signo. Isso significa que com o recurso da língua é possível presentificar uma ausência. Ou seja, “o papel do signo é o de representar, o de tomar o lugar de outra coisa evocando-a a título de substituto” (Benveniste, 2006).

Isso é o que torna possível todo o sistema simbólico dos sujeitos – sua estruturação psíquica se funda na utilização dos símbolos através da linguagem. A linguagem é a possibilidade da subjetividade.

“A linguagem de algum modo propõe formas ‘vazias’ das quais cada locutor em exercício de discurso se apropria e as quais refere à sua ‘pessoa’, definindo-se ao mesmo tempo a si mesmo como eu e a um parceiro como tu. A instância de discurso é assim constitutiva de todas as coordenadas que definem o sujeito [...] A instalação da

subjetividade na linguagem cria [...] a categoria pessoa”
(Benveniste, 1988).

Ao suprimir palavras, a novilíngua atinge e suprime a subjetividade e, no limite leva ao apagamento da dimensão do sujeito. Em contrapartida há a emergência do corpo social como uma massa homogênea. A ideologia é manipulada através dos signos e de acordo com Bakhtin (1981) “tudo que é ideológico é um signo. Sem signos não existe ideologia”.

O filósofo Dufour (2009) nos ajuda a pensar sobre a contemporaneidade pois suas reflexões seguem no sentido de um olhar crítico sobre as mudanças atuais. Para o autor existem transformações significativas nos rumos do projeto de individualismo do sujeito moderno. Esse projeto estaria calcado na autonomia e independência. Essas noções, deram lugar à um individualismo egoísta, que apresenta transformações significativas nas subjetividades e sociabilidades. Dufour (2010) argumenta que antes de completarmos esse projeto moderno, entramos em um individualismo pós-moderno, que “não sofre de individualismo, ainda menos de narcisismo, mas de egoísmo”.

As novas formas de sociabilidade, particulares à pós-modernidade, são um novo tipo de agregado social, o “ego-gregarismo”. É a forma mais eficiente de capturar os indivíduos, que vivem separados, como egoístas, entretanto juntos, como um grande rebanho de consumidores, guiados pelos interesses do mercado. Nesse sentido, os agrupamentos estão em função de interesses econômicos e não resulta em direitos e deveres específicos.

O autor sinaliza que a novilíngua contemporânea está apta a reunir os seres falantes em novos rebanhos. Isso significa que com a perda da dinâmica da enunciação, há a perda das funções simbólicas que constituem o sujeito, há a perda da emergência das singularidades e do reconhecimento da alteridade, formando-se assim novos rebanhos, não mais obedientes ao Grande Irmão, ou como veremos com Klemperer, ao nazismo, mas à palavra de ordem contemporânea – objeto que terá nossa investigação.

A “NOVILÍNGUA” NAZISTA

No caso do nazismo a manipulação da linguagem teve grande expressão. Analisaremos a seguir as características da novilíngua que emergiram nesse contexto. O autor que traz contribuições para pensarmos a força das palavras na Alemanha nazista é Klemperer. Em seu livro a “LTI: Linguagem do Terceiro Reich” (2009) ele analisa o uso da linguagem no contexto nazista. Era judeu, alemão e filólogo, seu ofício era lecionar, mas isso foi proibido a ele. Klemperer não foi levado ao campo de concentração graças a ascendência ariana de sua esposa. Em épocas tão difíceis ele apóia seu equilíbrio em um diário, onde escreve como aconteceu a manipulação da linguagem pelos interesses nazistas.

O autor mostrou que através das palavras foi possível a disseminação da ideologia do regime totalitário da época. Muitas das características que ele elucida são próprias ao conceito de novilíngua de Orwell (1972), por isso chamamos atenção para a linguagem do Terceiro Reich, denominada a Língua Tertii Imperii, que aqui chamaremos de novilíngua nazista.

Por meio do estudo da linguística Klemperer (op cit) demonstrou como o sentido dos conceitos foi sendo abandonado, o significado das palavras foi se transformando. Ele retrata a novilíngua da Alemanha nazista a partir das mudanças no vocabulário e a nova forma de transmissão da linguagem.

Castro (op cit) chama atenção para os puros enunciados da ciência, em que há a perda da dimensão da enunciação, e argumenta que “foi a promoção de um enunciado cuja enunciação fora apagada o que possibilitou aos nazistas se servirem da ciência racial”. Como vimos, isso se aproxima das características da novilíngua.

Além disso, novas palavras e expressões foram introduzidas na linguagem popular e assim novos conceitos passaram a fazer parte do cotidiano das pessoas. Como aponta o autor, “este novo uso das palavras se inseria em um contexto de normalidade que se estendia ao comportamento das pessoas” (Klemperer, 2009).

Com a tomada do poder pelo partido nazista, em 1933, a novilíngua nazista passou a se estender à toda a vida, apoderando-se dos setores da vida pública e privada. Para Klemperer (2009), o nazismo foi aceito como evangelho por milhões de

peças porque ele usou a linguagem do evangelho. Para o autor a LTI privou cada pessoa da sua individualidade, anestesiando as personalidades, fazendo do indivíduo peça de um rebanho conduzido em determinada direção, sem vontade e sem idéias próprias.

De acordo com Klemperer (op cit), a LTI fez com que toda a comunicação fosse adaptada aos objetivos do regime nazista. Foi criada assim uma atmosfera totalitária, na qual os indivíduos submetidos a essa forma de linguagem passam a ser impregnados por essa ideologia.

Assim, argumenta Klemperer (op cit), a uniformidade na linguagem do Terceiro Reich produziu uma uniformidade na ideologia e com isso, “o nazismo se embrenhou na carne e no sangue das massas por meio de palavras, expressões e frases impostas pela repetição, milhares de vezes, e aceitas inconsciente e mecanicamente”. A força do discurso da novilíngua nazista, muito bem ilustrada por essa passagem do autor, mas é perfeitamente transponível para outras épocas, quando o discurso dominante produz subjetividades uniformes.

Tanto no exemplo fictício de Orwell (1972), quanto na brutal realidade apresentada por Klemperer (2009), o imperativo dos regimes totalitários, este em que é impossível estar fora, vale para todos igualmente, e isso se torna possível através de uma nova língua, que aqui, identificamos através do termo “novilíngua”. Nesse sentido Benveniste também observa os perigos da manipulação da língua face à impossibilidade de exercer a singularidade no discurso, tomado por uma única possibilidade de produção, restringindo assim a possibilidade de emergirmos como sujeitos e por consequência reconhecermos o Outro.

Encontramos, assim, no campo da saúde, mais especificamente no discurso da prevenção (ao HIV/AIDS) a emergência de puros enunciados, sem enunciação. Isso tem consequências importantes. Orwell foi o primeiro a salientá-las, num contexto fictício. Identificamos muitas semelhanças entre a cena contemporânea e a sociedade escrita por Orwell, que Castro (2008) descreve que “de certa forma, esse é o panorama descrito em 1984. São todos iguais, sem laços, sem pertencimento a uma

cadeia geracional, sem alteridade [...]”. Entendemos que essas são características que reconhecemos na novilíngua contemporânea.

No próximo capítulo vamos analisar a novilíngua da prevenção buscando seu lugar na constituição do discurso médico.

CAPÍTULO 3

O DISCURSO MÉDICO E SUAS ARTICULAÇÕES BIOPOLÍTICAS

Este capítulo destina-se a apresentação do que Clavreul conceituou como novo ordenamento subjetivo, a partir das contribuições deste autor apresentaremos a constituição do discurso médico e sua relevância para este estudo. Em seguida recorreremos a Foucault para pensarmos sobre o nascimento da medicina moderna. Ainda com Foucault chegaremos a um dos pontos centrais da argumentação, a existência da biopolítica, e suas expressões contemporâneas, conceituadas por Agamben.

SOBRE O ORDENAMENTO MÉDICO

Para investigar a existência de uma novilíngua no interior do discurso médico da prevenção vamos tomar de Jean Clavreul sua análise sobre a ordem médica. Além disso, buscaremos através das contribuições do autor compreender de que modo o discurso médico estabelece uma subjetividade. Para tanto vamos situar o que o autor chama de “Ordem Médica”.

Clavreul nos apresenta a medicina como um saber construído e datado. Ao longo deste capítulo buscaremos compreender as particularidades desse saber e o período do seu surgimento, que, veremos à frente, se dá no nascimento da medicina moderna. Como um saber a medicina se constitui como um discurso sobre o homem. É essa nova visão de homem que nos interessa. Para Clavreul (1978), a medicina é a imagem que a sociedade quer dar de si própria. Portanto, as normas da medicina, são, neste sentido, um excelente analisador sobre as subjetividades.

O autor chama atenção de que a medicina antes de mais nada instaura uma nova ordem. A medicina inaugura uma nova lógica subjetiva, como resultado da modernidade esse saber funda um novo ordenamento.

A questão central é que a Ordem Médica passa a produzir subjetividades medicamente organizadas. Isso significa dizer que o discurso médico estabelece uma ordem amplificada, que toma sob seu domínio muitos campos da vida e, como

veremos, até mesmo da morte. A ordem médica está sempre presente em nossa vida. “O que a medicina constitui como discurso sobre o homem ultrapassa amplamente o tempo relativamente restrito no qual se constitui o ato médico” (Clavreul, 1978). Isso significa que estamos medicamente organizados. O que quer dizer que nosso modo de ser no mundo passa a ter seu curso organizado pelas margens da medicina como uma nova forma ser e de pensar o homem.

É nesse novo homem, segundo Clavreul (1978), que habitam a linguagem e a ideologia do discurso médico. Este discurso habita em nós com suas particularidades, com suas limitações e principalmente com suas normas:

“A medicina nunca fala da morte, a não ser para tentar adiar sua data de vencimento; ela não fala nunca da vida e do gozo, a não ser para regulamentá-los; ela nega qualquer outra razão de viver que não seja a razão médica que faz viver, eventualmente a força”.
(Clavreul, 1978)

Esse é um dos momentos do texto de Clavreul que nos possibilita pensar sobre este saber que produz um novo homem e que também instaura uma “novilíngua”. É uma linguagem que tem suas regras, seu vocabulário próprio e que captura a totalidade da experiência humana, que pretendemos analisar aqui ao longo do trabalho.

Algumas das regras do interior do discurso médico são apresentadas por Clavreul como oriundas de suas raízes na ciência. Aqui, trata-se do discurso da medicina da modernidade, período que tem como característica mais marcante o deslocamento da crença na explicação metafísica do mundo para a explicação empírica e verificável. Para o autor, “mais do que a eficácia da medicina, está sua cientificidade que constitui lei, pois ninguém contesta que o saber médico, pelo menos por uma parte, seja verdadeiro e verificável”. A medicina, tal qual apresentada por Clavreul, é um saber da modernidade e assim tem sua inflexão na razão.

Assim, “é a constituição da medicina como discurso que a funda, e a funda como científica. [...] A medicina invoca ciência, porque a ciência tornou-se sinônimo de verdade. O estatuto da medicina se inscreve no estatuto da ciência” (Clavreul,

1978). Portanto o discurso médico é um discurso científico, ou seja, está fundamentado no estatuto de verdade da ciência.

A constituição do discurso médico é, portanto, da ordem da ciência. Como tal é objetivo e objetivante. Observa-se, assim, uma objetividade do sujeito. Este é o imperativo metodológico deste saber, que tem como consequências deixar de fora o que escapa sua lógica. A questão do sujeito é deixada de fora do discurso médico, não cabe nele o que escapa à objetividade da racionalidade médica.

O que há de subjetivo passa pela censura que o discurso médico exerce e que, segundo Clavreul (1978), provém de que ele não deixa nenhum lugar para o que não entra na coerência da lógica que lhe é própria. O dispositivo do ordenamento médico não comporta as questões singulares, que não compõe sua lógica. Assim, é que a exclusão da dimensão de sujeito é estruturante no discurso médico, resta a “impossibilidade de deixar algum lugar para a questão do sujeito. Não é senão num outro discurso que esta questão pode ser retomada, o que faz a psicanálise”.

Apesar de ser um discurso que fala do homem, no discurso médico o homem não está no centro do conhecimento da medicina. No interior do discurso médico o homem ocupa um lugar secundário, porque o objeto central da medicina é a doença. O saber médico, para Clavreul (1978) “é um saber sobre a doença, não sobre o homem, o qual só interessa ao médico enquanto terreno onde a doença evolui”. O objeto, ou seja a doença, é a questão iluminada pelo discurso médico, que opera separando o homem de sua doença, “o doente, na ordem médica, se define pela soma de dois elementos: o homem + doença. Ou melhor, o homem se define como constituído pelo doente do qual a doença teria sido retirada: homem = doente – doença”.

Nessa lógica, portanto, cabe ao saber médico olhar para esse homem temporariamente doente e tentar de todas as formas possíveis retirar a doença e torná-lo de novo são, torná-lo de novo homem. “Desenvolvendo seu discurso que tem como objeto as doenças, a medicina contribui, portanto, para constituir o estatuto do homem ‘normal’ ” (Clavreul, 1978). É o dever do médico olhar para o homem e a partir do que é definido como fora da linha de normalidade o médico deve buscar

retomá-la. Para Clavreul (op cit) “a posição do médico é de recolocar em linha reta, a da normalidade, o que a patologia constituiu como aberração. O discurso médico, aquele que se impõe entre o médico e o doente, é um discurso normativo, o que implica que ele tenha uma sanção, a sanção terapêutica”.

Isso implica em uma responsabilização do saber médico em definir o que está dentro do quadro do que é normal e o que não está, e, portanto, qual deve ser a intervenção para trazer de volta a normalidade.

“Pelo tratamento, pela prevenção, até mesmo por estudos genéticos, a medicina tende a constituir o homem tão ‘normal’ quanto possível. Mesmo se o conceito de normalidade é vago, a medicina é normativa. Do lado do homem normal e são está o Bem, a imagem à qual se pode e se deve se identificar. E do lado da doença está o Mal, o que se deve eliminar por todos os meios possíveis” (Clavreul, 1978).

A ordem médica como apresentada acima adquire um lugar poderoso na organização da sociedade. Lembrando que é um saber baseado na ciência, portanto apoiado na verdade da ciência e que sua constituição se dá na substituição das crenças metafísicas pela fé na razão, é o saber que passa a definir o que é Bem e o que é Mal. O discurso médico é então o que cria normas que devem ser seguidas. Clavreul (1978), sobre a ideologia médica explica que:

“Ela poderia se resumir assim: ‘o médico (ou o seu chefe) sabe melhor que você o que convém para o seu Bem. Sua liberdade resume-se em escolher seu Senhor’. [...] Assim deixa-se a cada um a ‘liberdade’ de recusar a medicina e o médico, mas com o risco de cometer suicídio ou um crime. [...] Quem manteria sua provocação perante a Ordem Médica? Seria loucura. E a loucura, ela também, está confiada aos médicos e votada a ser ‘curada’ ”.

Assim, Clavreul apresenta o discurso médico que captura a todos e normatiza todos os campos da existência. “A ordem médica é mais poderosa que o mais poderoso ditador, e, às vezes, tão cruel. Não se pode resistir a ela, porque não se tem nenhuma ‘razão’ a lhe opor”. Ele denomina essa experiência de totalitarismo do

discurso médico, que inclui todos aqueles que conhecem, ao menos, sua existência. O sujeito se submete ao discurso médico mesmo que não possua seu saber e participa dele ainda que não tenha sua prática.

A impossibilidade de se opor ao discurso médico é que nenhuma razão é possível de ser contraposta à razão médica. É um discurso que despossui o doente de sua doença, o que já é razão suficiente para se submeter a ele. Entretanto, para Clavreul (1978), isso tem implicações importantes na subjetividade. A ordem médica, com essas justificativas impõe escolhas, ou a falta delas. “A afirmação de que o doente permanece livre para se deixar ou não examinar, para aceitar ou não um tratamento, não ultrapassa a afirmação de um princípio”, para Clavreul (op cit), esta liberdade não se exerce de fato.

Encontramos em Foucault o aprofundamento deste discurso com a sua argumentação sobre a biopolítica. O que Foucault chamou de biopolítica é a tomada do poder sobre a vida do homem, conceito que, retomado por Agamben, culminou na noção de vida nua – a concepção meramente biológica da vida. Esta noção é muito importante para a discussão a seguir, pois compreendemos que o discurso da prevenção constitui um discurso da vida nua. Assim, compreendemos que esses conceitos são parte central para pensar a hipótese deste trabalho, qual seja, a emergência de uma “novilíngua” da prevenção.

A BIOPOLÍTICA

Como afirma Foucault, a medicina moderna instaura um novo olhar sobre o homem. A modernidade, marcada pela inflexão na ciência e a medicina moderna representaram um marco na virada da noção de sujeito. É necessário compreender suas condições de possibilidade e suas implicações nas relações entre sujeito e sociedade.

Foucault caracteriza o surgimento da medicina moderna em oposição a uma medicina das espécies, que o autor descreve como uma relação contemplativa da doença. A medicina moderna, intervém, de fato, sobre o curso da doença. Ao

contrário da medicina das espécies que tinha como norma observar o curso da doença, sem intervir no seu caminho natural.

A partir do século XVIII tem-se uma mudança na relação entre a medicina e a doença. A medicina muda, há, para Foucault uma ruptura fundamental na passagem da medicina das espécies para a medicina moderna – anatomo-clínica. “O que mudou foi a própria positividade do saber com seus objetos, conceitos e métodos diferentes” (Machado, 2004). Para Foucault (2004), a positividade da deve ser tomada num sentido forte, pois “a doença se desprende da metafísica [...] e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos”.

Essa mudança de concepção tem início na investigação do corpo morto, para Foucault (2004), a medicina moderna se funda na morte. A abertura de cadáveres foi uma ruptura, fato que, na medicina das espécies era proibido.

Com a abertura dos corpos, tornou-se possível a descoberta da doença e sua espacialização no corpo. Assim estabeleu-se uma nova relação entre o saber médico e seu objeto. Para Foucault (2004), nesse momento histórico tornou-se possível identificar “a coincidência exata do ‘corpo’ da doença com o corpo do homem” e a partir de então “entre as palavras e as coisas se estabeleceu uma nova aliança fazendo ver e dizer” (Foucault, op cit).

Essa foi uma mudança muito significativa para uma medicina que passa a intervir sobre o homem, e, ainda, como vimos com Clavreul, organiza uma nova subjetividade. Essa mudança de paradigma traz uma nova relação e outra linguagem para falar sobre doença, dor, saúde, bem-estar, vida e morte (Foucault, 2004).

No que diz respeito a doença e a dor, o que mudou o estatuto da medicina e a relação desse saber com seu objeto foi a incidência do olhar sobre o corpo e a possibilidade de identificar a doença na espacialidade do corpo. Nasce, sob essas condições a medicina moderna e um olhar da desnaturalização da doença. É a “incidência do logos, da razão e do conhecimento” sobre a doença. E assim, se inaugura uma medicina com o intuito de tratar, curar e prevenir (Foucault, 2004). A possibilidade de intervenção é, então, o que funda a clínica médica.

“A clínica aparece para a experiência do médico como um novo perfil do perceptível e do enunciável: nova distribuição dos elementos descritos do espaço corporal, reorganização dos elementos que constituem o fenômeno patológico, definição das séries lineares de acontecimentos mórbidos, articulação da doença com o organismo”.

Deste modo é que em contraposição à medicina das espécies em que a pergunta do médico para o paciente era “o que você tem?” a medicina moderna perguntará “onde dói?”, observa Foucault. No que diz respeito ao bem-estar e à saúde a mudança de paradigma advinda com o nascimento da medicina moderna cria-se um combate à doença e um dever de saúde. A intervenção médica se ampliará no sentido de traçar estratégias para evitar a doença. A nova concepção de negatividade da doença e positividade da saúde produz uma ressignificação da forma de lidar com cada uma dessas instâncias. A doença passa a ser algo que deve ser combatido e passa a se ter em vista uma idéia de saúde como algo que deve ser alcançado.

Surge, assim, um novo discurso sobre a saúde. Esta mudança no interior do discurso médico institui uma nova concepção de homem. Essa virada foi o que tornou possível a instauração de normas, num discurso onde o patológico, nesse momento, possibilitou um estudo sobre o normal:

“A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do homem saudável, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do homem modelo. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa [...] a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive”.

Essa mudança de paradigma procede a uma ressignificação da vida e da morte. A dessimbolização progressiva da morte introduziu uma tomada de poder cada vez mais significativa sobre a vida. Para Foucault (1999), “um dos fenômenos fundamentais do século XIX foi a assunção da vida pelo poder, uma tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo”. Este fenômeno possibilitou a emergência do

discurso preventivo como instrumento central do poder médico, pois articulava a medicina com todos os campos da vida, com o objetivo de mantê-la e aperfeiçoá-la.

DISCIPLINA E REGULAMENTAÇÃO: BIOPOLÍTICA E O “FAZER VIVER”

Nos séculos XVII e XVIII, para Foucault (1999) a forma do poder era representada por técnicas “essencialmente centradas no corpo”. Os corpos individuais deviam ser vigiados, treinados, utilizados e eventualmente punidos. Essas técnicas se incumbiam desses corpos para aumentar-lhes a força útil, “mediante um sistema de vigilância, de hierarquia, de inspeções, de escrituras, de relatórios: toda essa tecnologia que podemos chamar de tecnologia disciplinar do trabalho”.

A tecnologia disciplinar se dá no campo da restrição. Para Foucault (2010) o poder disciplinar se dá em um conjunto de mecanismos de coerção que visam a manutenção da sociedade de acordo com determinados objetivos. “É o diagrama de um poder que não atua do exterior, mas trabalha o corpo dos homens, manipula seus elementos, produz seu comportamento, enfim, fabrica o tipo de homem necessário ao funcionamento e manutenção da sociedade industrial, capitalista” (Foucault, op cit).

Na segunda metade do século XVIII, de acordo com Foucault (1999), “se vê aparecer uma outra tecnologia de poder”, que não exclui a disciplinar, mas produz um outro nível de poder sobre a vida “auxiliada por instrumentos totalmente diferentes”. Essa nova tecnologia “se dirige à multiplicidade dos homens, na medida em que ela forma uma massa global, afetada por processos de conjuntos que são próprios da vida, como nascimento, morte, produção, doença, etc”. É uma tomada de poder massificante, que o autor denomina de “biopolítica da espécie humana”.

O campo de intervenção do biopoder é muito mais abrangente que o corpo individual, essa tecnologia intervém em problemas de reprodução, natalidade, morbidade, longevidade, etc. Cujo objeto será tratar das incapacidades biológicas e seus efeitos do meio. Disto tudo a biopolítica vai extrair seu saber e definir o campo de intervenção de seu poder.

Em um cálculo de viés econômico as doenças são encaradas como “subtração das forças, de diminuição do tempo de trabalho, baixa de energias, custos

econômicos, tanto por causa da produção não realizada quanto dos tratamentos que podem custar. Em suma, a doença como fenômeno da população” (Foucault, 1999). Assim, a população – como um corpo múltiplo – seus custos e rendimentos passam a existir como conceito e passam a ser campo de intervenção.

“O capitalismo, [...] socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos [...] começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica” (Foucault, 2010).

Segundo Foucault (1999), “a biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”. Para dar conta desse novo problema a medicina, a partir do final do século XVIII, passa a ter função de “higiene pública, com organismos de coordenação dos tratamentos médicos, de centralização da informação, de normalização do saber, e que adquire também o aspecto de campanha de aprendizado da higiene e da medicalização da população” (Foucault, 1999). Assim, se reorganizam as cidades e a sociedade moderna ocidental. Inicia-se então um processo de sanitização das cidades com o objetivo de prevenir e combater possíveis doenças e epidemias.

A biopolítica, portanto, não vai atuar sobre o corpo, mas sobre a vida, produzindo um “fazer viver” organizado medicamente. Neste sentido é que Foucault aponta para o surgimento de um novo dispositivo para o fazer viver: a regulamentação da vida.

“Eis que aparece agora, com essa tecnologia do biopoder, sobre o homem enquanto ser vivo, um poder contínuo, científico, que é o poder de “fazer viver”. A soberania fazia morrer e deixava viver. E eis que agora aparece um poder que eu chamaria de regulamentação e que consiste, ao contrário, em fazer viver e deixar morrer.”

REGULAMENTAÇÃO E PREVENÇÃO

A regulamentação como tecnologia do biopoder é um conceito chave para o nosso objeto. Para Foucault (2008), problema é mostrar “como, a partir e abaixo, nas margens e talvez até mesmo na contramão de um sistema da lei se desenvolvem técnicas de normalização”.

A maior marca da tecnologia disciplinar foi o estabelecimento de uma norma, um modelo a ser alcançado, “sendo normal precisamente quem é capaz de se conformar a essa norma e o anormal quem não é capaz” (Foucault, 2008), o que tornaria possível a identificação do normal e do anormal, tratando-se então de uma normatização. Entretanto, “a partir do século XIX já não importava apenas disciplinar as condutas individuais, mas, sobretudo, implantar um gerenciamento planejado da vida das populações” (Duarte, 2007).

“[...] Foucault percebeu que o sexo e, portanto, a própria vida, se tornaram alvo da atuação de um poder [...] que pretendia normalizar a própria conduta da espécie [...] que não se restringiam mais ao homem no singular, como as taxas de natalidade e mortalidade, as condições sanitárias das grandes cidades, o fluxo das infecções e contaminações, a duração e as condições da vida, etc.” (Duarte, op cit)

As mudanças no pensamento e na organização da sociedade no do século XIX tornaram possível a utilização de diferentes instrumentos no campo da saúde, que possibilitaram o surgimento de uma nova concepção de população e de gestão da mesma. Foucault chama atenção para o aparecimento de uma nova forma de conceber a saúde, a doença, a população e a administração de todos estes. Uma nova forma de viver aparece neste momento. As mudanças foram possíveis a partir do cálculo das probabilidades, do que o autor chama de racionalização do acaso e das probabilidades.

Algumas transformações foram marcantes nesse processo e até hoje tem significados importantes, principalmente para o nosso estudo. A primeira delas é a noção de caso:

“[...] quando passam a calcular as diferentes eventualidades de morte ou de contaminação, então a doença [...] vai aparecer como uma distribuição de casos numa população que será circunscrita no tempo ou no espaço, aparecimento, por conseguinte, dessa noção de caso, que não é o caso individual, [...] no modo [...] de coletivizar os fenômenos, de integrar no interior de um campo coletivo os fenômenos individuais” (Foucault, 2008).

O surgimento da noção de caso transforma os fenômenos individuais em coletivos e as normas disciplinares sobre o corpo em gestão da vida. Essa diferença é marcante para as subjetividades. Os casos serão organizados em uma média, essa é então a medida a ser alcançada pelo corpo social. As técnicas de normalização do biopoder não visam mais disciplinar, mas capturar os sujeitos e padronizar suas condutas. Desta forma a tecnologia da regulamentação é uma tecnologia de reificação dos comportamentos. Transformar a situação de doença individual em um caso, que irá compor a estatística dos casos de uma região em um determinado período, significa a busca pela normalização, homogeneização da população.

A própria noção de população ganha novos contornos nesse contexto. A População torna-se um conjunto de processos, um conjunto de dados biológicos que é preciso gerir. De acordo com Foucault (2008) a população, a partir desse momento, deixa de ser percebida a partir da noção jurídica-política de sujeito, e passa a ser uma espécie de objeto técnico-político de uma gestão e de um governo.

Portanto é uma técnica totalmente diferente que se esboça, “de atuar sobre coisas aparentemente distantes da população, mas que se sabe, por cálculo, análise e reflexão, que podem efetivamente atuar sobre a população” (Foucault, op cit). Essa forma de organização da população tem como base a gestão da vida e do corpo social. Para isso a noção de risco é fundamental, a partir dela torna-se possível sair da referência da disciplina e entrar na técnica da normalização, pois saem as leis e normas e entram a escolha e a responsabilidade.

Segundo o autor com a análise das distribuições dos casos torna-se possível identificar qual seria risco do indivíduo ou de determinado grupo. “Pode-se então, para cada indivíduo, dada a sua idade, dado o lugar em que mora, pode-se igualmente para cada faixa etária, para cada cidade, para cada profissão, determinar qual é o risco

de morbidade, o risco de mortalidade” (Foucault, 2008). A noção de risco tornou-se, na contemporaneidade, uma noção central no campo da saúde.

Nos cálculos de risco revelam-se dados sobre zonas de maior ou menor probabilidade de enfermidade, desta forma, segundo Foucault (2008), pode-se identificar o que é perigoso. A noção de perigo passa a fazer parte do repertório do biopoder.

Essas noções são efetivadas e colocadas em prática na medicina preventiva nos dias atuais. A partir das médias dos casos, das estatísticas dos riscos, dos cálculos dos perigos são estabelecidos níveis de mortalidade e morbidade e assim taxas de normalidade serão definidas. E para o autor “é nesse nível do jogo das normalidades diferenciais, do seu desmembramento e do rebate de umas sobre as outras que ainda não se trata da epidemiologia, da medicina das epidemias - a medicina preventiva vai agir” (Foucault, 2008). Assim, Foucault denomina este processo de normalização.

É, justamente, do dispositivo de normalização que surge o discurso da prevenção, a prevenção de risco. Nessa técnica funda-se a biopolítica contemporânea, na qual há o poder de fazer viver e deixar morrer, que captura o sujeito sob o discurso médico.

As mudanças que o autor apontou tendo início no século XIX repercutem ainda hoje, levadas às últimas consequências. Culminaram em mudança nas políticas públicas, nos discursos dominantes e, conseqüentemente, na subjetividade. Para delimitarmos o quadro biopolítico contemporâneo vamos recorrer a Agamben e traçar o panorama em que nosso objeto de pesquisa está inserido.

SOBRE A BIOPOLÍTICA CONTEMPORÂNEA

O conceito de biopolítica de Foucault apresentado acima foi rediscutido na obra de Agamben. O aumento da importância da vida biológica e da saúde da população que viemos relatando toma expressões mais marcantes na contemporaneidade, esse governo do homem é parte fundamental da nossa questão.

Para emprendermos a discussão devemos nos remeter ao conceito de vida que o autor utiliza:

“Os gregos não possuíam um termo único para exprimir [...] a palavra vida. Serviam-se de dois termos, semântica e morfológicamente distintos, [...] zoé, que exprimia o simples fato de viver comum a todos os seres vivos (animais, homens ou deuses) e bíos, que indicava a forma ou maneira de viver própria de um indivíduo ou de um grupo” (Agamben, 2010).

A vida com essas duas denominações possui implicações importantes para o viver junto, pois no mundo clássico a zoé, a vida natural está excluída do contexto da Cidade, da “pólis propriamente dita e resta firmemente confinada, como mera vida reprodutiva” enquanto que o bíos, a vida qualificada, constituía o modo particular de vida de cada um nesse contexto.

Porém, com a entrada da zoé, da vida natural, na esfera da Cidade há, então, a politização da vida nua, o que constitui o evento decisivo da modernidade, e assinala assim, uma transformação radical das categorias político-filosóficas do pensamento clássico (Agamben, 2010). Essa transformação é a biopolítica, é justamente a “crescente implicação da vida natural do homem nos mecanismos e nos cálculos do poder” que faz com que o que qualifica a vida do homem desapareça progressivamente e seja substituído pelo que o autor chama de vida nua – a dimensão puramente biológica da vida, o puro fato do nascimento.

Este deslocamento introduz a vida natural integralmente na pólis, o que faz com que o poder sobre a vida também possa ser integral. Para Agamben (2010) “a vida nua não está mais confinada a um lugar particular ou em uma categoria definida, mas habita o corpo biológico de cada ser vivente”. Quando a questão torna-se a vida nua do cidadão a humanidade torna-se um corpo biopolítico, que como vimos é transformado em dados passíveis de serem geridos por um governo.

“A novidade da biopolítica moderna é, na verdade, que o dado biológico seja, como tal, imediatamente biopolítico e vice-versa. [...] A vida, [...] torna-se agora o sujeito-objeto estatal [...], mas somente um Estado fundado sobre a própria vida da nação podia identificar como sua vocação dominante a formação e tutela do ‘corpo popular’” (Agamben, op cit).

É justamente isso que, segundo o autor, tornou possível o mundo contemporâneo presenciar as consequências últimas da biopolítica. Para Agamben (2010), “somente porque em nosso tempo a política se tornou integralmente biopolítica, ela pôde constituir-se em uma proporção antes desconhecida como política totalitária”. O modelo totalitário que a Europa conheceu na Segunda Guerra é o exemplo principal do autor, é a partir dele que podemos pensar a transformação da política em biopolítica e as consequências da predominância da vida nua.

“O totalitarismo do nosso século [século XX] tem seu fundamento nesta identidade dinâmica de vida e política [...]. É nesse momento que a estrutura biopolítica da contemporaneidade toma forma e se caracteriza exponencialmente pela decisão sobre o valor ou desvalor da vida” (Agamben, op cit).

O autor chama atenção para a noção de que a vida biológica tornara-se o fato politicamente decisivo e por isso “é possível compreender a rapidez, de outra forma inexplicável, com a qual no nosso século [século XX] as democracias parlamentares puderam virar Estados totalitários” e vice-versa (Agamben, 2010).

“Em ambos os casos estas reviravoltas produziam-se num contexto em que a política já havia se transformado, fazia tempo, em biopolítica, e no qual a aposta em jogo consistia então apenas em determinar qual forma de organização se revelaria mais eficaz para assegurar o cuidado, o controle e o usufruto da vida nua” (Agamben, op cit)

Todas essas características da biopolítica, primeiramente desenvolvidas por Foucault e desdobradas por Agamben em suas consequências contemporâneas nos servem para localizar nosso problema. É no contexto de um crescente alargamento do poder sobre a vida, justamente sobre uma necessidade de “redefinir continuamente, na vida, o limiar que articula e separa aquilo que está dentro daquilo que está fora” que apresentaremos nosso problema.

Para nós, com Agamben (2010), “o que aqui nos interessa especialmente é que no horizonte biopolítico que caracteriza a modernidade, o médico e o cientista

movem-se naquela terra de ninguém onde, outrora, somente o soberano podia penetrar”. Portanto, o que nos interessa pensar é como o saber de uma medicina científica toma o poder sobre a vida e exerce uma biopolítica quase como a totalitária, na qual não podemos escapar ao seu domínio.

CONTEXTUALIZAÇÃO CONTEMPORÂNEA: A PÓS-MODERNIDADE

De modo a melhor compreender o contexto contemporâneo e situar os efeitos da biopolítica descritos por Agamben vamos tomar de Lyotard (2009) seu conceito de pós-modernidade. Este conceito “designa o estado da cultura após as transformações que afetaram as regras dos jogos da ciência, da literatura e das artes a partir do final do século XIX”.

Para Amorim (2009):

“O emprego do termo pós-modernidade traz implícita a ideia de que as mudanças sociais e culturais que se observam no mundo contemporâneo [...] inauguram um paradigma de valores e de comportamentos que não mais obedecem à lógica de funcionamento da chamada modernidade”.

A maior marca da transição da modernidade para a pós-modernidade, para Lyotard (2009), é a incredulidade em relação aos metarrelatos – as grandes narrativas de legitimação, notadamente a narrativa religiosa e a narrativa política. Isso, segundo o autor, é, sem dúvida, um efeito do progresso das ciências. Entretanto, Lyotard observa que essas mudanças podem produzir efeitos nunca antes pensados, o autor se pergunta: “após os metarrelatos, onde se poderá encontrar a legitimidade? O critério da operatividade é tecnológico; ele não é pertinente para se julgar o verdadeiro e o justo.” A perda de critérios de verdade, justiça e transcendência marcam a pós-modernidade.

A hipótese de Lyotard (op cit) é a de que “o saber muda de estatuto ao mesmo tempo que as sociedades entram na idade dita pós-industrial e as culturas na idade dita pós-moderna. Esta passagem começou desde pelo menos o final dos anos 50, marcando para a Europa o fim de sua reconstrução”.

No que diz respeito ao saber, de acordo com Amorim (2009), há a predominância de uma nova forma de saber e de discurso na sociedade pós-moderna, que constitui-se como um saber prático ou pragmático.

“O saber pragmático da pós-modernidade não obedece a nenhum regime de verdade; seu único critério de validação é a eficácia. Também não obedece a nenhum constrangimento simbólico ou coletivo com vistas ao vínculo social” (Amorim, 2009).

O mundo viveu a modernidade como a ascensão da razão, que culminou nos horrores da guerra. Como resultado da descrença que essa inflexão na razão produziu e a crescente crença na tecnologia, se dá o início da hegemonia do pragmatismo e do utilitarismo. Nesse percurso ficaram para trás noções que diziam respeito ao espírito, a interioridade e a transcendência e o traço marcante da pós-modernidade é a imanência. O que produz conseqüências importantes do ponto de vista do sujeito e do laço social.

A marca do pragmatismo nas formas de saber parecem tornar cada vez mais obsoletos critérios pertinentes ao vínculo coletivo. De acordo com Szapiro (2009) “à medida que a vida passa investida em termos de pura funcionalidade, há que nos perguntarmos como os homens constituirão laço social de modo a se manterem juntos, de modo a fazer sociedade”. Amorim (2009), sublinha que a hegemonia das formas de saber da pós-modernidade parecem estar produzindo efeitos como diluição da alteridade e esfacelamento do vínculo social.

A sociedade pós-moderna se caracteriza justamente por estabelecer um novo paradigma da relação do homem com o mundo. A partir do século XX, conforme argumenta Szapiro (2009):

“a emergência do novo capitalismo pós-industrial, caucionando na dominância de um pensamento liberal, evidenciou claramente a relação entre uma economia liberal desregulamentadora do Estado Moderno nessa nova forma de capitalismo e mudanças na concepção da condição humana”.

Nesse sentido, a perspectiva da funcionalidade e da utilidade colocadas no centro do projeto da sociedade pós-moderna reduziu os laços sociais a um mercado de trocas. Para Dufour (2005), essas transformações produziram efeitos nas subjetividades e nas sociabilidades e parecem possuir estreita relação com o advento do neoliberalismo. A atual e radical versão do liberalismo repercute nos mais diversos campos da vida do sujeito. O pensamento liberal tem como núcleo duro os processos de dessimbolização. A liberação econômica é um prefácio da liberação pulsional e progressiva dessimbolização. Assim como Dufour, Szapiro (2009) considera que os processos de dessimbolização estão no coração do pensamento liberal.

“A lógica do pensamento liberal é, assim, capaz de produzir uma bruma espessa sobre a paisagem do mundo, escondendo aos olhares dos que não percebem sua astúcia, o ataque promovido àquilo que constitui propriamente o humano: a sua dimensão simbólica” (Szapiro, 2009).

A pós-modernidade introduz, desta forma, rupturas simbólicas inéditas. “A dessimbolização tem, pois, um objetivo: ela quer erradicar, nas trocas, o componente cultural, sempre particular” (Dufour, 2005). Para Le Breton (2009), a contemporaneidade é:

“menos a herança incontestável da palavra dos mais velhos ou dos usos tradicionais do que um conjunto disponível à sua soberania pessoal mediante o respeito de certas regras. O extremo contemporâneo define um mundo em que a significação da existência é uma decisão própria do indivíduo e não mais uma evidência cultural”

Deste modo, consideramos o contexto do problema que estamos apresentando como um contexto pós-moderno, com características importantes a serem levadas em conta na nossa análise.

CAPÍTULO 4

A “NOVILÍNGUA” DA PREVENÇÃO:

Buscando compreender de que modo as técnicas do biopoder se articulam no interior do saber médico vamos nos debruçar sobre a estratégia de prevenção: como se organiza, suas características principais e seus objetivos. No interior do discurso da prevenção vamos então investigar a emergência de uma “novilíngua”.

Neste capítulo faremos um histórico da prevenção, no qual vamos refazer brevemente seu percurso desde o surgimento do campo da Higiene. Deste modo, poderemos reconhecer sua herança nos dias atuais. Em seguida apresentamos as categorias de análise selecionadas a partir dos dados coletados na pesquisa, que são:

- 1) O modo contemporâneo de “gestão da vida saudável”;
- 2) A centralidade da noção de risco nas prescrições sanitárias
- 3) O novo mundo de parceiros e suspeitos
- 4) O fim do espaço da intimidade
- 5) O surgimento do usuário com a crescente desregulamentação das

Instituições

BREVE CONTEXTUALIZAÇÃO

De acordo com Arouca (2003) a medicina preventiva deve ser entendida como o lugar institucional que gera um novo discurso no interior na medicina. Para delinear essa nova vertente da medicina o autor evidencia o percurso do seu surgimento:

“A medicina Preventiva como formação discursiva emerge em um campo formado por três vertentes: a primeira, a Higiene, [...] no século XIX, intimamente ligada com o desenvolvimento do capitalismo e com a ideologia liberal; a segunda, a discussão dos custos da atenção médica, nas décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, [...]; e a terceira, o aparecimento de uma redefinição das responsabilidades médicas surgida no interior da educação médica” (Arouca, 2003 p. 109).

A Higiene como campo conceitual é a referência para o desenvolvimento da Medicina Preventiva. Portanto, buscamos caracterizá-la brevemente. A higiene, como indica Arouca (op cit) “se caracteriza, no século XIX, por uma ligação com as ideologias liberais que afirmavam as responsabilidades individuais perante a saúde”, tem como objetivo tratar da saúde para evitar a doença. É a mediação sanitária do sujeito com o seu meio através da busca pela conservação e pelo aperfeiçoamento da saúde. A idéia principal é, se aplicadas as normas e recomendações da Higiene produzindo mudança de hábitos de vida, o indivíduo se manteria em estado de saúde até a morte natural (Arouca, 2003).

No que diz respeito ao período e contexto histórico de surgimento da Medicina Preventiva, Arouca (op cit) considera que no século XIX, o “desenvolvimento da política liberal baseada no laissez-faire cimentou o desenvolvimento da economia capitalista e o surgimento de uma série de problemas que escapavam a iniciativa privada e exigiram respostas de outros níveis, principalmente do Estado”. O cenário mundial entre o final do século XIX e o início da Primeira Grande Guerra era de surgimento dos Estados Unidos como potência mundial. Entretanto, com a crise de 1929 se inicia a discussão sobre os altos custos da atenção médica.

O contexto, portanto, era de diminuição de gastos, de reivindicação pela prática liberal da medicina – ameaçada pela crescente intervenção estatal para dar conta da crise. Neste contexto as premissas da higiene de conservar a vida e de alargar sem limites o objeto da medicina tornaram-se o foco da educação médica e constituíram a Medicina Preventiva. De acordo com Arouca (2003) “a mudança no ensino médico representava a estratégia fundamental para o desenvolvimento de uma atitude preventivista”. Para o autor a Medicina Preventiva é, assim, uma nova atitude incorporada à prática médica. “A medicina preventiva, como projeto de mudança da prática médica, representa uma leitura liberal e civil dos problemas de crescente custo da atenção médica nos Estados Unidos e uma proposta alternativa à intervenção estatal” (Silva, 2003). A prevenção nesse contexto é reflexo da reconfiguração do

próprio cenário mundial, no qual a ideologia liberal e a progressiva queda do Estado de Bem-Estar se delineavam.

O momento do desenvolvimento da medicina preventiva se caracteriza por uma ligação com as ideologias liberais que afirmavam as responsabilidades individuais perante a saúde e por uma constante luta contra intervenção estatal.

“A Medicina Preventiva caracterizou-se como um movimento ideológico que procurava transformar as representações sobre a prática médica, sem, contudo procurar ser um movimento político que realmente transformasse essa prática. Dessa forma, o seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde” (Arouca, 2003 p.139).

Nesse sentido, o discurso preventivista se desenvolve em termos de uma ideologia liberal. Segundo Arouca (op cit), “a medicina desenvolveu-se enquanto organização de produção, distribuição e consumo de cuidados médicos”. Deste modo, compreendemos que a prevenção atual é herdeira deste viés liberal e mercadológico que a medicina adquiriu no momento histórico do desenvolvimento do capitalismo neoliberal.

A prevenção assume uma posição privilegiada no cenário contemporâneo. Progressivamente aproxima da ênfase nos comportamentos individuais e na busca pela saúde perfeita. Esse acento implica em mudanças importantes para a condução das práticas preventivistas. O que significa que na contemporaneidade, o foco do discurso não é sobre a doença, o que acarreta em um aumento vertiginoso do discurso sobre a saúde.

A prevalência do discurso sobre a saúde acarreta modificações para nosso campo conceitual. O progressivo afastamento da centralidade da doença no discurso médico e conseqüente apagamento do universo do adoecer produz uma iluminação da prevenção de risco e promoção da saúde. A medicina como ciência que trata da saúde passa a ter o propósito de conservá-la e aperfeiçoá-la.

Esse deslocamento nos interessa pois alarga infinitamente o objeto da medicina. Enquanto seu objeto é a doença, o poder médico é restrito ao contexto do adoecer. Quando seu objeto é a saúde, na contemporaneidade, o contexto passa a ser da vida como um todo, está muito além do tratamento das enfermidades. “Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão pontual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida” (Arouca, 2003 p. 43). A ampla noção de saúde possibilita a tomada da totalidade do homem, formando assim uma “consciência sanitária”.

Foi Canguilhem (2009) quem inaugurou a possibilidade de pensar o conceito de saúde de forma ampliada. Para o autor, a noção até então hegemônica de saúde como estado oposto à doença era insuficiente; não é a ausência de normalidade que constitui o anormal. Nesse sentido, Canguilhem (op cit) argumenta que ser saudável é a possibilidade de instituir novas normas para lidar com as adversidades do ambiente, o que nos leva a considerar sempre o indivíduo em suas particularidades como referência para pensar a fronteira entre o normal e o patológico. “Portanto, se o normal não tem a rigidez de um fato coercitivo coletivo, e sim a flexibilidade de uma norma que se transforma em sua relação com condições individuais, é claro que o limite entre o normal e o patológico torna-se impreciso” (Canguilhem, op cit).

A concepção de Canguilhem, entretanto, se contrapõe às ideias de normal e patológico hoje . Deste modo, veremos adiante, o que Canguilhem idealizou como conceito abrangente de saúde se deslocou para prescrições abrangentes de comportamento. Essas mudanças serão trabalhadas ao longo do texto pois compreendemos que elas produzem uma nova ideia de ser saudável, cuja conquista toma, a partir de então, outros contornos.

Com a flexibilização do que se entende por saúde, todos os campos da vida podem ser abarcados pela lógica médica. Em meio à distensão da norma, será o olhar preventivo que resistirá como núcleo duro desses rearranjos da saúde. É o que seguirá garantindo a autoridade da medicina, apesar da sua descaracterização como lugar de rigidez absoluta, como diz Canguilhem (2009).

O saber médico nesse sentido vai definir zonas de normalidade e de perigo que cada um almeja passar e se afastar, aumentando indefinidamente seu domínio. A biopolítica vai atuar sobre a vida, e assim, produzindo um “fazer viver” organizado medicamente. Nesse sentido que a prevenção no campo da saúde se delinea, é a regulamentação da vida de acordo com os objetivos de alcançar a saúde.

A prevenção se caracteriza pela preocupação com a preservação e aperfeiçoamento da saúde e sua herança liberal produz um enfoque nas responsabilidades individuais sobre a saúde.

“Simillie e Kilbourne (1966) [...] definem a Medicina preventiva como aquelas atividades relativas à prevenção das doenças e à proteção e promoção da saúde que são direta responsabilidade do indivíduo. Trata-se, portanto, do encontro entre a responsabilidade individual e familiar em relação à saúde e o dever adquirido pelo médico, através de uma formação, que enfatize o “ponto de vista” da medicina preventiva” (Arouca, 2003, p.35).

A seguir apresentaremos cinco categorias de análise elaboradas com as contribuições da pesquisa de campo. Será nessa etapa do trabalho que analisaremos, através das categorias, os enunciados contidos nos formulários do aconselhamento na prevenção de HIV/AIDS. Buscamos nestes enunciados investigar então a emergência de uma “novílingua” da prevenção.

CATEGORIAS DE ANÁLISE

1) O MODO CONTEMPORÂNEO DE GESTÃO DA VIDA SAUDÁVEL:

Na contemporaneidade essas características são levadas ao limite, o liberalismo passa ao neoliberalismo e adquire características ainda mais radicais de responsabilização individual. Assim como a ênfase dada a saúde toma grande proporção e passa a ter a qualidade de um fim em si, “fazendo com que a negligência com a saúde própria se torne imoral, e o comportamento saudável o paradigma de uma vida boa, inclusive sob o aspecto moral” (Gaudenzi e Schramm, 2010).

“O imperativo da saúde instaura a predominância da terapêutica moral em que a matriz estratégica não mais busca a integração da intervenção médica, mas a integralidade das ações de saúde, inclusive qualificando a vida. Minimizam-se ou maximizam-se processos de gestão de si, combinados não mais nos modos de viver, mas em estilos de vida gerenciados pelo ideal dos corpos saudáveis identificáveis com a leveza e velocidade da luz” (Santos, 2003).

Identificamos como objetivos existenciais hoje, um ideal de vida contemporâneo que se pretende alcançar através da busca de um corpo saudável e de uma saúde perfeita. Tal ideal “nos faz acreditar que uma saúde pobre deriva exclusivamente de uma falha de caráter, um defeito de personalidade, uma fraqueza individual, uma falta de vontade” (Ortega, 2003). Nessa passagem, identificamos que o controle da vida para torná-la e mantê-la saudável passa a ser permanente. A prevenção passa a intervir na dimensão do sujeito, pois visa modificar comportamentos individuais e inferir suas prescrições.

Nesse sentido um dos enunciados encontrados em um dos formulários pesquisados demonstra como as prescrições podem influenciar a vida como um todo:

“Nega novos riscos. Relata que após entrevista sua vida mudou”.

Esse enunciado diz respeito a como o discurso da prevenção atinge os envolvidos no processo. Deste modo, compreendemos que o intuito de modificar comportamentos individuais é capturado pelos envolvidos no processo.

Segundo Gaudenzi e Schramm (op cit), esse contexto da crescente importância da saúde na sociedade contemporânea tem como marca a grande ênfase dada aos estilos de vida, o que têm levado à transferência de responsabilidade pela saúde do domínio público para o privado. Portanto, "a saúde não é mais, em última instância, um direito do cidadão e um dever do Estado, mas, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado" (Schramm, 2006, p.196).

Outras falas da pesquisa contribuem para pensarmos em como se manifesta a “novilíngua” da prevenção neste contexto de ascensão da saúde e em como a ênfase

na responsabilidade individual pode se tornar uma avaliação moral do sujeito. Encontramos os enunciados:

“Negou falhas na proteção”

“Enfatizo riscos e reforço responsabilidades”

Neste discurso parece haver um imperativo de proteção, e no caso das doenças sexualmente transmissíveis de se proteger do outro, como veremos melhor adiante. Assim, admitir ou negar falhas na proteção seria um reconhecimento do atributo de responsabilidade pessoal no processo de adoecimento nesse contexto. Os riscos são esclarecidos, como observamos, enfatizados, e então, caberia ao indivíduo assumir suas responsabilidades por ter comportamentos mais ou menos arriscados.

O campo da saúde passou, assim, a prescrever comportamentos saudáveis e não arriscados. Nessa lógica, a discussão sobre ter saúde passou a ser dada no campo dos estilos de vida – escolhas e comportamentos – que repercutem nos padrões de adoecimento das pessoas.

Sobre o campo das escolhas encontramos o enunciado:

“Consciente de seus riscos”

A conscientização dos riscos parece significar uma escolha por corrê-los. Este é um exemplo de como este novo idioma utiliza formas de falar que depositam a responsabilidade por se arriscar no sujeito e conseqüentemente os efeitos disso também são exclusivamente dele. Como outro exemplo selecionamos o enunciado:

“Disposição para mudar os comportamentos de risco:”

Este faz parte do roteiro do aconselhamento, está direcionado para todos os que procuram o serviço. O que seriam comportamentos de risco? Como alguém disposto a mudar seus comportamentos de risco poderia efetivamente não se arriscar? Me pergunto, usar uma agulha descartável para a utilização de drogas injetáveis,

como observamos nas políticas de Redução de Danos, seria não se arriscar? Esses enunciados são uma expressão do que discutimos no conceito foucaultiano de regulamentação, são a procura pela reificação de comportamentos que o discurso médico da prevenção considera não arriscados.

O discurso preventivo contemporâneo, como porta-voz da ciência médica, produz “um discurso sobre o que se deve e o que não se deve fazer em termos de saúde, criando, assim, um julgamento moral sobre o comportamento humano” (Gaudenzi e Schramm, 2010). Nesse sentido, se produz um discurso em que “se estabelece como a suprema autoridade sobre o que é bom ou mal para a saúde de cada um e para a própria existência humana, fazendo da noção do risco em saúde o epicentro em torno do qual gravitam as normas de conduta que prescreve” (Arouca, 2003, p.178). O autor ainda chama atenção no seu argumento que essa autoridade, esse poder do discurso está tanto para pacientes da medicina, como para leitores de jornais ou usuários da internet.

Isso significa que as configurações do biopoder se articulam de tal forma no interior do discurso médico, que como Agamben chama atenção, tornaram-se totalitárias, no sentido de não deixarem espaço para escapar suas premissas. Nos enunciados científicos sobre formas de vida ideais, identificamos um imperativo da busca pela saúde, e conseqüentemente, “a biopolítica pode, com base nesta reflexão, ser vista como uma nova forma de discriminação daqueles indivíduos com hábitos considerados prejudiciais à saúde pessoal” (Gaudenzi e Schramm, 2010).

“Se é verdade que nos regimes totalitários (como o nazismo) a biopolítica criou os campos de concentração e o eugenismo discriminatório, nas democracias a biopolítica pode ser vista como um Janus de duas faces, pois pode ser vista [...] como meio para fazer crescer as oportunidades de garantir a saúde [...], mas também – em negativo – como dispositivo que pode marginalizar e/ou discriminar indivíduos e populações quando forem considerados ‘de risco’” (Schramm, 2009).

Entretanto, as estratégias de biopoder se calcam na sutileza da aparente liberdade de escolha, e, como vimos acima, são responsabilidades morais. Um exemplo disso na pesquisa é a fala:

“Optaram por não fazer prevenção. Enfatizo riscos”

Há nesse relato a ideia de que há uma escolha, entretanto, a “novilíngua” da prevenção aponta, ao contrário, uma impossibilidade de escapar da lógica sanitária. A ênfase nos riscos significa que a escolha deve ser feita, porém, optar por correr riscos, está fora do repertório preventivo.

Deste modo, o não cuidado com a saúde indicaria falhas de comportamento. Essa articulação da biopolítica com uma atitude que se transforma em uma certa moral é uma marca do que Deleuze (1990) denominou como as sociedades de controle, sociedades onde o controle é de curto prazo e de rotação rápida, mas também contínuo e ilimitado. Não há mais a palavra de ordem para regulamentar, como nas sociedades disciplinares. Porém, há que ressaltar que, por outro lado, a regulamentação se fará então de uma ideia de escolha, pautada, entretanto, pelo imperativo de administração dos riscos.

“Como Deleuze já chamara atenção, no mundo contemporâneo, essa mutação do biopoder minimiza a intervenção terapêutica direta nos organismos e focaliza a intervenção nas disposições [...] Assim, o biopoder ultrapassa a própria configuração biológica e propaga o imperativo da saúde” (Santos, 2003 p. 205).

Em resumo, podemos dizer que a configuração da biopolítica contemporânea se fundamenta na intervenção sobre os modos de viver, produzindo sujeitos investidos no cuidado de si, que buscam depurar seus riscos e acrescentar saúde às suas vidas. Nesta perspectiva, o discurso sanitário do risco se constitui, assim, como uma nova moralidade a ser atribuída pela obediência às recomendações médicas para um viver saudável.

2) A CENTRALIDADE DA NOÇÃO DE RISCO:

A medicina preventiva ganha cada vez mais espaço nesse cenário em que os comportamentos individuais passam a ser o foco da discussão da saúde. Nesse contexto o conceito de risco emerge como conceito chave. De acordo com Deleuze (1990), a medicina hoje é uma “nova medicina ‘sem médicos e sem doente’, que resgata doentes potenciais e sujeitos à risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção a individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada”.

Para Castel (1987), as estratégias preventivas se desdobram, “economizando o face-a-face no qual a prática terapêutica encontrava sua origem. O que diz respeito à intervenção, antes de ser uma pessoa é um alvo abstrato: uma população de riscos”. Há, nesse sentido, uma progressiva liquefação da fronteira entre o normal e o patológico, todos os comportamentos podem oferecer algum risco à saúde, sendo assim, todos os indivíduos devem buscar o controle de seus riscos e a manutenção de seus hábitos saudáveis, sejam considerados enfermos ou saudáveis.

No campo desta pesquisa a noção de risco é central. A palavra mais encontrada é risco. Observamos que falas como:

“Relata nova situação de risco”
“Última situação de risco com ele foi em jan/07”

Estas falas são uma evidência importante da constituição da “novilíngua” da prevenção. O risco, nessas passagens, toma um novo significado. É a transformação de vários eventos singulares da vida de uma pessoa sob a denominação de uma única palavra: risco. O que significa risco nestas passagens? Poderia ter inúmeros significados. Em um outro contexto o que significaria “situação de risco”? Nesse contexto, a situação de risco equivale a “relação sexual sem preservativo”. Essa troca de palavras nos parece muito importante de ser analisada. A produção do enunciado “situação de risco” é uma forma de abranger uma série de eventos sob as prescrições e avaliações preventivas.

Nesta perspectiva e como argumenta Le Breton (2009) “a medicina deixou de se preocupar somente com o cuidar dos ‘sofrimentos’ possíveis; e intervém agora para dominar a vida, [...] ela tornou-se uma instância normativa, um biopoder (Foucault), uma forma científica e cruel de enunciação do destino”. Esse biopoder se caracteriza pela redefinição no quadro estratégias de gestão das populações. A gestão do corpo social passa pela produção de subjetividades medicamente organizadas, através da noção de autocuidado na busca pela saúde perfeita. A regulamentação recai tanto nos corpos individuais quanto no conjunto populacional.

Nesse sentido, as políticas públicas utilizam essas novas estratégias preventivas, que tem como característica central serem “rastreadoras de riscos” (Castel, 1987). O risco é o acontecimento previsível, no qual pode-se avaliar com antecipação suas consequências. Segundo Castel (op cit) “não resulta da presença de um perigo preciso, trazido por uma pessoa ou um grupo de indivíduos, mas da colocação em relação de dados gerais impessoais ou fatores (de risco) que tornam mais ou menos provável o aparecimento de comportamentos indesejáveis”.

Na nossa pesquisa também encontramos o seguinte enunciado:

“Relata inúmeras situações de risco”

As situações de risco são centrais para o discurso preventivo. Mas, exatamente, o que significa “inúmeras situações de risco”? Consideramos que situação de risco é a relação sexual sem o uso do preservativo, entretanto este não é o único meio de transmissão do vírus HIV. Essa frase engloba situações que quem está de fora do contexto precisa de certa tradução. Isso nos mostra que há um novo idioma nesse contexto, e que devemos analisá-lo.

Encontramos em nossa pesquisa a fala:

“Não teve mais nenhuma situação de risco”

Esta fala é mais uma evidência de como se estrutura a “novilíngua” da prevenção. A situação de risco aparece como ponto central e determinante das

prescrições sanitárias. A ocorrência ou não do risco é a forma pela qual os aconselhadores “anunciam” o destino, o bom ou o mal destino.

Assim, as estratégias biopolíticas buscam “antecipar a emergência de acontecimentos indesejáveis no seio de populações estatísticas, assinaladas como portadoras de riscos” (Castel, 1987). Essa busca por antecipar os acontecimentos é o mesmo que falamos acima, onde Le Breton chama de enunciação de destino. Não é um discurso sobre o sujeito, mas é a sobreposição dos dados estatísticos de possibilidade de ocorrência de um evento em detrimento da história individual e das possibilidades de ser no mundo de cada um.

“As novas políticas [...] do que elas tratam, [...] não são indivíduos, mas de fatores, correlações estatísticas. [...] Assim, pode-se menos falar de uma vigilância que [...] suscita sempre alvos precisos e materiais, do que de construção de uma combinatória sistemática de todos os grupamentos possíveis e suscetíveis de produzir risco. Trata-se menos de afrontar uma situação já perigosa do que de antecipar todas as figuras possíveis da irrupção do perigo” (Castel, 1987).

O que identificamos nessa progressão das políticas preventivas é que a noção de risco se estende hoje à toda existência. O que significa que todos estamos sob risco e conseqüentemente sujeitos a inúmeras prescrições comportamentais. Nesse sentido, a ideia de perigo, que Foucault havia assinalado como parte do repertório do biopoder, passa a qualificar tudo e todos.

“A ‘periculosidade’ é essa noção misteriosa, qualidade imanente a uma pessoa, mas cuja existência permanece aleatória, já que a prova objetiva só é dada logo depois de sua realização. [...] Em termos de lógica, o diagnóstico de periculosidade abate a categoria do possível sobre a do real, sob o pretexto de que o possível é – mais ou menos – provável” (Castel, op cit).

O cenário contemporâneo de descrédito das grandes narrativas, dentre elas as narrativas religiosas de anúncio do destino, parece ter dado lugar a um discurso profético da periculosidade. Discurso no qual há apenas categorias do possível. Isso

pode significar uma generalização tão intensa do que seria risco que tudo passa a ser um risco.

O provável então domina as prescrições de saúde que buscam a normalização dos comportamentos, ou seja, a reificação dos mesmos. O dispositivo de normalização, técnica da biopolítica contemporânea que captura o sujeito, ao eleger como lugar central a idéia do risco reduz a vida à “vida nua” (Agamben, 2010) onde o viver fica aprisionado pelo discurso médico da prevenção, o que constitui marca importante na subjetividade contemporânea.

À medida em que se expande o ideal de prevenção, tudo passa a ser fator de risco e todas as pessoas tornam-se potencialmente indivíduos em risco (Gaudenzi e Schramm, 2010). Caberá ao indivíduo gerir seus riscos, portanto, ele deve ter o cuidado sobre si – não correr riscos é a fórmula de prolongar ao máximo a vida. Nesse sentido, observamos mudanças nas políticas públicas e, como Carvalho (2004) assinala, a prevenção de comportamentos de risco e a promoção de hábitos saudáveis se tornaram o foco das políticas de saúde e o controle da vida passa a ser permanente.

O ideal de liberdade e autonomia que marca a concepção de indivíduo na contemporaneidade, em que “a cada um é oferecida a ‘liberdade’ plena de escolher, no cardápio das experiências da vida, os riscos que se quer ou não correr!” (SZAPIRO, 2005, p. 35) se coloca no pressuposto de que os indivíduos devem assumir os efeitos de seus hábitos sobre sua saúde. Com isso, tornar-se-ia possível adicionar vida aos anos e adicionar anos a vida (Carvalho, 2004).

Esse cenário da prevenção se estende ao nosso foco, a epidemia de HIV/AIDS. Seu surgimento nos anos 80 se deu num contexto onde a biopolítica já apontava para o autocontrole e por responsabilizar cada um individualmente pela sua própria saúde (Lafontaine, 2009). O “risco” toma então o sentido de um evento que pode e deve ser evitado. A noção de previsão e controle implícita nesse conceito diz respeito a uma racionalidade que implica em uma concepção de que os indivíduos podem ter as rédeas de suas vidas. No limite, todos nós seríamos capazes de decidir e de nos responsabilizar pelos comportamentos saudáveis ou arriscados. As políticas

públicas de saúde seguem então a diretriz de responsabilizar os indivíduos pelos cuidados com sua saúde.

A epidemia de HIV/AIDS como pano de fundo traz reflexões ainda mais significativas no que diz respeito ao viver junto em situações de risco. Neste contexto de ênfase no discurso do logos, no qual a marca da visão exclusivamente biológica do sujeito propõe comportamentos não arriscados exclui, entretanto, a dimensão simbólica. No caso de uma epidemia de uma doença sexualmente transmissível torna-se um objeto dificilmente alcançável pelas prescrições exclusivas da racionalidade médica.

Entretanto, cabe sublinhar, a sexualidade humana e o exercício da sexualidade, diz respeito à instância do simbólico, porque é da ordem do desejo. Diz respeito, então à relação com o outro. Pensamos que, as normas produzidas pelo discurso da prevenção instalam novas formas de relacionar-se, de perceber o outro e de perceber-se num processo de dessimbolização crescente das ações humanas.

Os enunciados preventivos do campo da epidemia de HIV/AIDS trabalham com a evitação dos riscos, e a abrangência do conceito possibilita a inclusão de todos como fontes potenciais de risco. Deste modo, as estratégias preventivas instauram novos comportamentos na sociedade e novas formas de olhar o outro.

Isso implica em considerações importantes sobre o laço social, se consideramos que nesse contexto a relação com o outro é constantemente mediada pela suspeição, o outro da relação é sempre um risco potencial. Nesse sentido, as relações e práticas sexuais passariam pela avaliação dos riscos que o outro oferece.

O conceito de suspeito se estabelece no plano estatístico em que vão operar avaliação e investigação sanitárias para estabelecer a história dos riscos do indivíduo. O pressuposto pós-moderno de liberdade produz a ideia de que cada um pode fazer o que quiser, correr os riscos que quiser. Isso significa que a mesma liberdade que me é cabida é dada igualmente ao outro – que pode ter feito qualquer coisa. Nesse sentido, a prevenção ressalta que a história pessoal de riscos cabe à todos os indivíduos, e cada um deve, portanto, se proteger do outro. Consequentemente, a partir dos enunciados preventivos, vão se delineando transformações no laço social.

3) UM NOVO MUNDO DE PARCEIROS E SUSPEITOS

Categorias como “suspeito/ não suspeito” foram introduzidas no discurso da prevenção ao HIV/AIDS. Estas categorias parecem produzir uma nova forma de sociabilidade regida pela suspeição. Neste sentido, consideramos também, que a suspeição a respeito dos princípios e hábitos passam a regular a sociabilidade comum.

Segundo Carvalho (2004), para ser suspeita a pessoa não necessita manifestar sintomas de perigo ou anormalidade, mas, simplesmente, possuir características que os experts responsáveis pelas políticas de prevenção classificam como ‘fator de risco’. Como observa o autor, tanto o doente quanto o indivíduo sadio são abarcados nessa rede de observação, em que todos estão sob o estado potencial de risco. Assim, os experts cumprem papel central no momento em que desenvolvem normas quantitativas de classificação que produzem, de passagem, identidades (Carvalho, op cit). A política de gestão preventiva, de acordo com Castel (1987), se reduz a uma simples avaliação abstrata: assinala os fatores de risco. Compreendemos que as sociedades de risco são sociedades de escolha, cabe a cada sujeito livre escolher seu risco. “Com relação ao HIV/AIDS, a liberdade de escolha, valor constitutivo do sujeito moderno é o outro do discurso da prevenção” (Szapiro e Silva, 2003).

“Reforço riscos, P.E. (prevenção efetiva) e teste do parceiro”

O comentário demonstra o lugar do parceiro na estrutura da “novilíngua” da prevenção. O reforço dos riscos é central e deve ser ressaltado na hora de escolher o comportamento a seguir. A “prevenção efetiva” é a forma como o vocabulário da “novilíngua” fala sobre o comportamento não arriscado. Significa usar o preservativo em todas as relações sexuais com o parceiro. O teste do parceiro nesse contexto também tem um significado diferente da língua cotidiana. Significa que o parceiro deve fazer o teste anti-HIV para verificar seu status sorológico. A prevenção aconselha que o indivíduo solicite ao parceiro a apresentação do resultado do exame.

Identificamos neste contexto a identificação do outro como suspeito. Assim sendo, a partir daí há uma nova e, ao que parece, única vinculação: a parceria. Usualmente utilizada para situações comerciais, a noção de parceria na conjugalidade é uma marca importante da subjetividade pós-moderna.

O parceiro é qualquer pessoa com quem o indivíduo se relaciona. Como encontramos o exemplo:

“Relata novo risco com seu parceiro fixo, em quem não confia e que ainda não fez o exame”

É uma nova categoria relacional que se apresenta na contemporaneidade. O parceiro fixo não quer dizer nada além de frequente. Fixo, aqui, não tem status, não significa confiança ou exclusividade. O parceiro, como podemos observar no enunciado destacado pela pesquisa, não é confiável, e a falta do seu exame significa mais um motivo de suspeição. É uma nova forma de olhar e de se relacionar, mediada pela desconfiança, óbvia nesse contexto, em que o outro é fonte de risco e avaliado por um resultado de exame. Como se faz laço quando se trata de uma parceria? Como se faz laço onde a confiança dá lugar à suspeição de princípio?

Uma análise desse cenário contemporâneo encontramos em Ortega (2003), que define o momento atual como constituição de uma nova subjetividade e construção de uma nova definição filosófica do humano – a bioidentidade – identidades alcançadas através das práticas de bioascese. Para o autor são ações que passam a ser dirigidas com o objetivo de obter melhor forma física, mais longevidade, prolongamento da juventude, etc.

“As práticas ascéticas implicam em processos de subjetivação. As modernas ascetes corporais, as bioascetes, reproduzem no foco subjetivo as regras da biossociabilidade, enfatizando-se os procedimentos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos na construção das identidades pessoais, das bioidentidades. Trata-se da formação de um sujeito que se autocontrola, autovigia e autogoverna.” (Ortega, 2003).

Nesse sentido, a ênfase dada aos cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos levaria à formação de “bioidentidades”, essa nova constituição de identidade regula a sociabilidade comum, produzindo assim a bissociabilidade. O que ordena a biossociabilidade seriam valores sanitários e o discurso do risco é o elemento estruturante básico.

Entretanto, questiona Szapiro (2005), “[...] qual será mesmo o sentido desta nova sociabilidade? Melhor dizendo, é possível considerar a emergência do biológico como definidor e regulador da vida uma forma de sociabilidade?”. Este conceito de biossociabilidade aponta, na verdade, para um não encontro com o outro, com o lugar da alteridade. A biologização da vida, para a autora, implicaria na impossibilidade da condição necessária a emergência do sujeito e do reconhecimento do Outro. Assim, é o laço social que está posto em questão. Como exemplo disto, diz um aconselhador:

“Reforço teste da parceira, mesmo com confiança nela”

Parece, assim, que na constituição da “novilíngua” da prevenção o outro é apenas um parceiro, com ele a relação se baseia em dimensões de risco – biológico – um modo de expressão da “vida nua” nos enunciados preventivos. A confiança pode representar um perigo, pois o outro é sempre uma fonte potencial de risco.

Neste contexto, a prevenção significará uma atitude de vigilância de prováveis ocorrências (de doenças, anomalias etc) que devem ser minimizadas e de comportamentos saudáveis a serem maximizados (Rabinow, 1999). Caberá ao indivíduo ser o gestor de seus riscos, cuidar-se para manter sua vida o máximo saudável.

“O indivíduo se constitui como autônomo e responsável através da interiorização do discurso do risco. O corpo e o self são modelados pelo olhar censurante do outro que leva à introjeção da retórica do risco. O resultado é a constituição de um indivíduo responsável que orienta suas escolhas comportamentais e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito e o desvio aos riscos” (Ortega, 2003).

A questão do laço entre duas pessoas, quando regulada pela avaliação dos riscos e como se proteger perante eles, produz novos contornos subjetivos nas relações. No campo da epidemia de HIV/AIDS, em que as prescrições são centradas principalmente no domínio das práticas sexuais, isso é ainda mais marcante. Nos formulários não há mais referência a palavras como marido, esposa, amante, namorado, mas sim a parcerias, o que implica em negociação e contratos. “Nesse universo, o que está em jogo é o valor regulador da conjugalidade, a fidelidade” (Szapiro e Silva, 2003). A condição pós-moderna, marcada pelos princípios de liberdade, igualdade e autonomia pode também marcar um ponto de tensão na âmago dos relacionamentos conjugais.

Nesse sentido, a pesquisa nos fornece exemplos característicos de como as relações são consideradas no contexto da prevenção e quais são suas expressões na “novilíngua”. Para tanto, destacamos nos formulários comentários feitos por aconselhadores após as entrevistas tais como:

“Trabalho riscos nas relações estáveis”

“Usuário muito tenso pois há 4 meses teve uma relação sem prevenção com parceira eventual”.

As relações, estáveis ou efêmeras, são sempre consideradas arriscadas. O vocabulário usado no contexto da prevenção para falar sobre a parceria se acompanha sempre de um sentido de suspeição. De acordo ainda com os formulários, a parceria parece ser livre, pois podem existir diversos tipos de parceiros. A existência de um parceiro não implica, necessariamente, na não existência de nenhum outro.

Na modernidade a questão da fidelidade ressaltava, ainda que sempre marcada por tensões. Na pós-modernidade a palavra “parceria” parece um modo de expressar a desregulamentação das relações. E o discurso médico da prevenção ao categorizar parcerias nos revela este fator relevante e novo que é, a nosso ver, a idéia de que a desregulamentação está institucionalizada. Isso significa que o contrato de vida a dois se reconfigura a partir deste universo feito de parceiros onde um só lugar está

investido de autoridade, o lugar que ocupa o discurso médico, e que, por sua vez, desde esse lugar, produz subjetividade.

Como exemplos disto da categorização da parceria selecionamos as seguintes falas:

“Gestante, sexto mês, parceiro fixo sem prevenção”

“Usuário teve 3 parceiras fixas no último ano. Com a atual está junto a 2 meses. Relata prevenção refratária nesse período. Trabalho riscos, prevenção e possibilidade de resultado”

“Teve parceira extra sem prevenção por aproximadamente 1 ano”

“Relata risco em nov/08 com parceira eventual”

Podemos observar as expressões: parceria fixa, extra e eventual. A parceria fixa significaria um relacionamento, um companheiro. A parceria extra seria uma parceria ocorrida além da fixa e a eventual seria uma parceria casual, sem regularidade. O que podemos identificar nestes exemplos é que a parceria é uma outra forma de relacionar-se. Como na frase, “usuário teve 3 parceiras fixas no último ano”, no espaço de um ano é possível considerar que três parcerias foram fixas?

Observamos que se desenvolve um novo estatuto de relacionamento, no qual estão incluídas as novas e inúmeras formas de estar com o outro. As expressões dizem respeito à situações que antes não eram nomeadas, pois não possuíam um lugar de reconhecimento e valorização social. As características que percebemos são que parcerias fixas não necessariamente tem relação com a duração e a estabilidade, parcerias extras são consideradas parcerias mesmo sendo paralela a parceria fixa e que meros encontros casuais também são categorizados como parcerias. A “novilíngua” da prevenção é a constituição de um vocabulário que possibilita categorizar essas novas formas de contrato de vida a dois.

As prescrições do discurso preventivo vão, nesse sentido, estimular o uso do preservativo com qualquer parceiro. Pode ser o parceiro do casamento que completou bodas de ouro, pode ser o parceiro que nem se sabe o nome, todo e qualquer contato

com o outro parece ter agora o mesmo estatuto no que diz respeito à necessidade de proteção. Entretanto, estas estratégias nem sempre apresentam os resultados esperados, principalmente no que dizem respeito à mudança de comportamentos nas práticas sexuais.

“Na população de mulheres que declaram ter relações sexuais apenas com um parceiro fixo a epidemia também vem crescendo, apesar dos esforços dos programas de prevenção. [...] a dificuldade de mudança de comportamento [...], para a mulher, é ter de tomar a iniciativa de propor ao seu parceiro que aceite discutir o uso do preservativo num contrato de vida a dois que supõe fidelidade!” (Szapiro e Silva, 2003).

As prescrições sanitárias são constantemente acompanhadas de resistências, considerando que neste campo a razão nem sempre tem pleno domínio. O discurso preventivo, de acordo com Szapiro e Silva (op cit), “porque se constrói na biologização da sexualidade, desconsidera, na sua lógica racional, aspectos singulares à problemática do campo dos afetos e do trabalho psíquico de simbolização”.

Selecionamos algumas expressões que demonstram o status do outro na relação. No formulário, uma das etapas se denomina:

“Risco do parceiro fixo”

Esta frase nos parece parte de uma “novilíngua” da prevenção, pois inclui todos na categoria de ter correr risco com a parceria fixa. É uma pergunta destinada a todos que procuram o aconselhamento, e, portanto, reduz todas as parcerias fixas a fontes potenciais de risco. A pessoa que procura o serviço é convidada a falar sobre os riscos que acredita que o parceiro fixo oferece. Constrói-se aqui uma subjetividade onde um novo universo se delineia, o universo dos suspeitos. O parceiro, especialmente o fixo, oferece risco. E especialmente o fixo, pois o discurso da prevenção considera que estas são relações que produzem uma “falsa percepção de

segurança em relação ao parceiro”¹ e que os indivíduos envolvidos mais provavelmente deixariam de usar o preservativo.

Outro exemplo deste novo universo de suspeitos é o seguinte comentário do aconselhador encontrado no relato de uma entrevista:

“Referiu último contato sexual sem proteção com seu parceiro fixo.
Negou novos riscos.”

Nesta formulação relacionar-se com o outro exige sempre “proteção”. O olhar sobre o outro é o olhar sobre a saúde do outro e sobre que riscos o outro oferece à minha saúde. As relações ficam no âmbito do biológico, em que a proteção – ao risco da doença – deve estar sempre presente.

A redução da problemática da sexualidade ao racionalismo médico-biológico do discurso preventivo está na crítica que Castel (1987) apresentou em seu texto “A gestão dos riscos” que vale destacar:

“Podemos pelo menos perceber o que constitui a condição de possibilidade do desdobramento dessas novas políticas preventivas: o desaparecimento da própria noção de pessoa. O retorno do objetivismo médico reduzia esta àquelas de suas condições que são cientificamente instrumentalizáveis. A instauração de um objetivismo tecnológico o dissolve numa combinação abstrata de elementos intercambiáveis”.

Portanto, o discurso da prevenção, através de suas palavras de ordem e das suas prescrições tem, nos sujeitos, “um efeito de dessimbolização quando propõe um código de comportamentos ancorado na racionalidade do saber científico, abordando a sexualidade como uma questão biológica” (Szapiro e Silva, 2003). De acordo com Dufour (2008), a língua e os modos de falar vêm sendo afetados pela dessimbolização. Por dessimbolização o autor quer dizer que “o valor simbólico é

¹ Expressão retirada da campanha de prevenção do Ministério da Saúde do ano de 2011 (<http://www.aids.gov.br/campanha/carnaval-2011>).

assim desmantelado, [...] de tal forma que nada, nenhuma outra consideração (moral, tradicional, transcendente, transcendental...) possa entrevar sua livre circulação. Daí resulta uma dessimbolização do mundo.”

É justamente nesse contexto que consideramos a hipótese sobre o aparecimento da “novilíngua” da prevenção. A “novilíngua” se constitui como um dispositivo de gestão da “vida nua” e produz, como vimos anteriormente uma enunciação de não-pessoas. Ao tornar seu objeto exclusivamente biológico, o discurso da prevenção dessimboliza o sujeito. Na definição de Dufour (2005):

“O que é a dessimbolização? Primeiro e antes de tudo, a palavra designa uma consequência do pragmatismo, do utilitarismo e do “realismo” contemporâneos, que pretende “tirar a gordura” das trocas funcionais, livrando-as da sobrecarga simbólica que pesa sobre elas [...] indica um processo que visa desembaraçar a troca concreta do que a excede ao mesmo tempo que a institui: seu fundamento”.

Se compreendemos que a gestão da “vida nua” pressupõe uma qualificação da vida meramente biológica assistimos a uma “nova condição subjetiva precarizada da época neoliberal” (Dufour, op cit). Esta nova condição está marcada por processos de dessimbolização que, para Szapiro (2009), resultam da submissão de todo sentido da experiência humana a um imperativo da utilidade, dessimbolizando, assim das dimensões simbólicas todas as trocas sociais. De acordo com Dufour, “o limite absoluto da dessimbolização é quando mais nada vem assegurar e assumir o encaminhamento dos sujeitos para a função simbólica encarregada da relação e da busca de sentido”.

4) O FIM DA “INTIMIDADE”?

A dessimbolização é um dos efeitos sobre o sujeito de uma vida regulada e administrada fundamentalmente na sua dimensão biológica. A exclusividade do olhar biológico sobre o homem introduz uma nova concepção da vida. A nova concepção do humano afasta a concepção dualista no qual o homem é corpo e espírito. Para Ortega (2003) “as práticas bioascéticas fundem corpo e mente [...], produzindo um eu

que é indissociável do trabalho sobre o corpo, o que torna obsoleta antigas dicotomias, tais como corpo-alma, interioridade-exterioridade [...]”. O progressivo apagamento dessas fronteiras possibilita a emergência do que Cetina (2005) denominou de “cultura da vida” na qual a existência individual é assimilada às condições biológicas.

Nesse contexto, também identificamos uma intervenção sem limites nos modos de viver. O discurso da prevenção dialoga com o que há de mais íntimo do sujeito, o exercício de sua sexualidade. Especificamente no campo das doenças consideradas sexualmente transmissíveis, como o vírus do HIV, a questão do desejo é capturada pelo paradigma biomédico, transformado em necessidade, a partir da qual irão operar as prescrições preventivas.

Na prática de aconselhamento observamos alguns exemplos como o enunciado encontrado no formulário de atendimento:

“Tipos de parcerias sexuais e quantidade (em números) nos últimos
12 meses”

Esta pergunta sugere que estamos no interior de uma “novilíngua” da prevenção, abrindo caminho na intimidade do sujeito. Este enunciado a respeito da prática sexual é um convite ao sujeito a falar sobre o que no cotidiano e nas relações corriqueiras não se fala. Este convite nos chama atenção pela naturalidade que se tenta produzir nesta relação, em que o aconselhador naturalmente convida e espera também que o sujeito naturalmente responda. A certeza de uma naturalidade quanto a estas perguntas obtemos na medida em que a pergunta faz parte do roteiro do aconselhamento, e é feita em todos os atendimentos e todos os prontuários analisados possuíam alguma resposta a ela.

Assim é, por um novo olhar biológico sobre a vida, que chegamos à regulação sanitária das práticas sexuais. O mecanismo preventivo pretende, como algo natural, estender sua racionalidade a todos os comportamentos. A “novilíngua” da prevenção como discurso médico faz sua entrada na esfera privada da vida do sujeito buscando através do que Foucault apontou como dispositivo de normalização da população.

Nesse contexto o leque de intervenções e prescrições é muito mais abrangente, há aí uma nova regulamentação, possível devido ao “mecanismo utilizado por experts de localizar o gerenciamento dos riscos na esfera privada da vida” (Carvalho, 2004).

A prevenção atua, deste modo, promovendo uma exteriorização da intimidade, pois com o objetivo de modificar os comportamentos arriscados, convida seu interlocutor a expor sua intimidade para apontar o que deve ser alterado para diminuir a exposição ao risco e alcançar uma vida mais saudável. Identificamos, assim, um mecanismo de intervenção que naturaliza a intimidade de modo a controlá-la. Na tentativa de contemplar o homem na sua integralidade, a intervenção também se tornou mais abrangente, o que criou possibilidades de produzir rombos na esfera da existência privada, como argumenta Castel (2004).

Outro exemplo da entrada no campo que podemos dizer que alguma vez foi íntimo é a seguinte pergunta do formulário:

“Previne no sexo oral? / Com ejaculação?”

Esta pergunta é uma evidência da perda da antiga noção que todos temos do que é íntimo, pessoal, do que conhecemos como intimidade. Será que podemos dizer que a sexualidade é parte da intimidade do sujeito, depois da elaboração de um documento em que todas as pessoas que procuram um serviço de aconselhamento devam responder a pergunta acima? Talvez então caiba a pergunta: hoje, o que é íntimo? Há algum vestígio de intimidade?

O campo do HIV/AIDS nos parece ser um campo onde a intimidade desapareceu cedendo lugar aos objetivos da prevenção de comportamentos arriscados. O valor da não enfermidade supera qualquer outro. A “novilíngua” da prevenção, nesse sentido, colaboraria com enunciados sobre a prática sexual. É fácil observar que na linguagem cotidiana não encontramos perguntas sobre a ejaculação na boca na prática do sexo oral. Poder fazer uma pergunta como esta, em qualquer atendimento, significa que o que conhecíamos como intimidade deve agora, em nome da prevenção, ser exposto.

De acordo com Ortega (2003):

“As práticas bioascéticas, em contrapartida, são práticas apolíticas e individualistas. Falta nelas a preocupação com o outro e com o bem comum. Perdemos o mundo e ganhamos o corpo. O interesse pelo corpo gera o desinteresse pelo mundo”.

Nesta perspectiva, Castel (2004) identifica aí um não investimento no político e no público por um lado e um superinvestimento no psicológico por outro, que torna possível que a intimidade, a esfera do eu, sobressaia a todas as outras. Para o autor, a cultura psicológica tomou grandes proporções, o processo de difusão na sociedade foi tão intenso que promoveu uma ressignificação da problemática do normal e do patológico.

O que Castel (2004), nos mostra é que a psicologia nesta ascensão foi o que permitiu a instrumentalização da subjetividade e da intersubjetividade por intervenções exteriores. Assim, em nome de atender ao sujeito em sua totalidade, todos somos, de certa maneira, instrumentos do saber médico-psicológico. A banalização dos conhecimentos da psicologia tornou possível “trabalhar o estado do homem normal e o tecido da sociabilidade comum”. Esse trabalho é um trabalho de elucidação do eu e de transformação de si.

A inflação do psicológico, como assim denomina Castel (op. Cit.), corresponde a um investimento na busca pessoal em que o eu está em primeiro lugar. Tal imersão na subjetividade é tirânica. Constitui um cenário em que este superinvestimento no psicológico ressignifica as relações sociais, que passam por um intenso desinvestimento. A ordem pública e a vida particular se desigalam, na medida em que o investimento em um dos lados da balança ultrapassa amplamente o outro. A cultura psicológica aparece como alternativa a uma progressiva desobrigação social.

Le Breton (2009), considera o corpo como emblema do self, para o autor a “interioridade do sujeito é um constante esforço de exterioridade, reduz-se à sua superfície. É preciso se colocar fora de si para se tornar si mesmo”. Como

consequência entendemos que “da dissolução da política como exercício na Polis, desta perda do simbólico, passamos a uma arte peculiar, a de “administrar” a vida minimizando riscos” (Szapiro, 2005).

Esse deslocamento foi ainda mais significativo com o advento da AIDS, em que ao ideal libertário pós anos sessenta, sucedeu-se um elenco de discursos médicos prescritivos quanto aos comportamentos, principalmente na esfera da sexualidade (Szapiro e Silva, 2003). Assim, a falta de fronteiras entre a existência pública e privada vem contribuindo para a entrada dos enunciados maciços preventivos na esfera da intimidade. Aqui podemos compreender que “a privatização da vida pública, e a publicização da vida privada são próprias à condição deste sujeito, para sublinhar o que Lyotard (2002) tão apropriadamente denominou como a condição pós-moderna” (Szapiro, 2005). Portanto, a condição do sujeito pós-moderno é ter a intimidade do corpo virada do avesso, possibilitando então à intimidade entrar no domínio do espaço público (Le Breton, 2009).

A desregulamentação do sujeito está imbricada à desregulamentação social. No primeiro ocorre então a centralização sobre si e no segundo o desinvestimento dos sistemas sociais. Nesse sentido podemos reconhecer as características do Estado neoliberal, que se construiu às expensas de um processo de desregulamentação da sociedade. Conforme argumenta Dufour (2005):

“a enorme novidade do neoliberalismo por relação aos sistemas de dominação anteriores diz respeito a que esses últimos funcionavam com o controle, o reforço e a repressão institucionais, enquanto que o novo capitalismo funciona com a desinstitucionalização”.

Isso significa que o Estado deve ser cada vez menos interventor, cada vez menos garantidor das condições básicas de existência e o homem deve ser cada vez mais gestor de si.

5) A EMERGÊNCIA DA FIGURA DO “USUÁRIO”

Essa é a contrapartida do modelo pós-moderno de constituição dos espaços públicos e privados, a desresponsabilização do Estado e a ênfase na responsabilidade do sujeito. A relação entre um e outro deixa de ser o Estado de deveres e o sujeito de direito e tende a assumir a forma de produtor e consumidor de mercadoria. Para Szapiro (2009), “a ascensão do neoliberalismo, num mundo globalizado, reconfigura as bases ideológicas do Estado de bem-estar, desregulamentando as instituições sociais” (Szapiro, 2009).

“O novo capitalismo estava descobrindo e impondo uma maneira muito menos constrangedora e menos onerosa de garantir a sua sorte: não mais continuar a reforçar a dominação segunda que produzia sujeitos submissos, mas quebrar instituições [...]” (Dufour, 2005).

O contínuo processo de abandono das funções de Estado produz a progressiva interiorização do discurso de cuidar de si, a prevenção entra aí com papel fundamental de que o indivíduo – livre e autônomo – deve orientar suas escolhas comportamentais e estilos de vida estritamente para a busca da saúde e para a evitação do risco. A saúde compõe o contexto pós-moderno instituindo uma política que se afasta da evidência cultural e se aproxima da auto-gestão do viver saudável.

É, nesse sentido, que identificamos o nascimento da expressão “usuário” – todos os que procuram o hospital e seus serviços. Como o exemplo retirado de um dos formulários:

“Usuário feliz com o resultado embora demonstre desânimo na vida”

Esse comentário nos evidencia um novo lugar do sujeito na sua relação com o serviço de saúde e um novo lugar da saúde na vida sujeito. A frase felicidade com um resultado parece só fazer sentido neste contexto em que a saúde é o valor máximo da sociedade. E a denominação usuário corresponde a consumidor. O novo idioma que

estamos vendo se constituir reflete as novas dinâmicas que surgem no campo da prevenção.

No panorama atual a questão principal é a economia de mercado, a regência dos modos de viver está diretamente relacionada com a regência dos modos de produção. Como Dufour (2009) identificou, as mudanças na economia econômica produzem ecos nas demais economias. Nesse sentido, a saúde, como traçamos anteriormente como ponto central do cenário pós-moderno repercute essas mudanças. A partir daí podemos compreender que a relação entre o Estado, o indivíduo e a saúde se ajusta a essa nova organização.

O Estado enquanto provedor de saúde para a população abre mão deste estatuto de provedor como Instituição e passa a responsabilidade ao “usuário”, que é convidado a gerir sua própria saúde. Neste caso, o argumento utilizado para justificar esta auto-responsabilização refere-se quase sempre ao problema dos recursos finitos e escassos, problema que se tornou uma espécie de constante universal da bioética sanitária (Gaudenzi e Schramm, 2010). O contexto se transforma e a instituição pública hospitalar passa a ser um prestador de serviço e quem procura atendimento torna-se, nessa lógica, um “usuário”.

Para ilustrar essa nova lógica temos esta frase retirada de um dos formulários:

“Usuário refere várias situações de risco com parcerias fixas e eventuais”

Procurar o serviço de saúde nesse contexto corresponde a uma nova vinculação, ou a falta dela, que sem dúvidas produz consequências do ponto de vista do sujeito. A responsabilização individual é mais uma parte desta engrenagem, em que o sujeito terá que arcar com os efeitos de suas escolhas enquanto o Estado se exime, deixando-o desamparado.

A coerência desse processo implica em um sujeito não mais filiado a instituição e é uma instituição sem responsabilidades sobre o sujeito, que usa o serviço quando quer. O que está de acordo com Amorim (2009) quando considera que ao ultra liberalismo e à economia de mercado deve corresponder um homem

flexível, sem raízes, sem amarras. A saúde, nesse sentido, é mais um bem se consumo. O sujeito livre e autônomo corresponde às necessidades do mercado neoliberal:

“[...] o adjetivo “liberal” designa a condição de um homem “liberado” de toda ligação a valores. Tudo o que remete à esfera transcendente dos princípios e dos ideais, não sendo conversível em mercadorias e em serviços, se vê doravante desacreditado. Os valores (morais) não tem valor (mercadológico). [...] sua sobrevivência não se justifica mais num universo que se tornou integralmente mercantil” (op cit).

A mudança de vinculação explicitada, no caso em estudo corresponde a uma experiência de totalização biopolítica. Para Carvalho (2004) “a autonomia possível é, quase sempre, uma autonomia regulada uma vez que os indivíduos tendem a seguir regras e normas concebidas por experts e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis”.

A saúde passa a ser uma mercadoria, e como qualquer outra deve ter seu custo financiado pelo consumidor, nesse sentido, a ênfase na responsabilização individual é ainda maior o que reflete na relação com a Instituição. Em um dos formulários encontramos a fala:

“Usuário nega novos riscos”

Aqui, o usuário, sabendo o que é bom ou ruim para sua saúde, “escolhe” os riscos por que quer passar. Assim, ele teria a liberdade e autonomia para evitar riscos.

A interiorização das regras sobre o viver saudável estabelecem uma forma mais sutil de vigilância e de regulação do social, em que ocorre um deslocamento de estratégia de coerção, saem as instituições, já tão criticadas por Foucault e entra a política da “vida nua”, que não oferece nenhum limite a dominação.

“Até a pouco, a aposta era nas instituições em curso para controlar as paixões por meios simbólicos. A desinstitucionalização em curso, ao destruir esse processo, implica que o controle doravante

se efetue ao nível de uma suposta natureza dos indivíduos. É por isso que o liberalismo só pode, ao longo de sua expansão, reencontrar os gestos totalitários que procedem de uma vontade de controle direto dos corpos” (Dufour, 2009).

O que podemos compreender com Dufour é que a desinstitucionalização produz uma dessimbolização do sujeito. “O que o novo capitalismo visa hoje é o núcleo primeiro da humanidade: a dependência simbólica do homem” (Dufour, 2005). Sem a filiação às grandes instituições o indivíduo perde sua referência subjetiva.

A perda da dimensão de “sujeito” é o que consideramos ser a consequência principal do movimento que identificamos como surgimento de uma “novilíngua” da prevenção. Identificamos essa perda primeiramente com uma construção de enunciados de “não-pessoas”, a seguir no investimento na “vida nua”, e por fim nas mudanças no uso das palavras e expressões com um sentido novo. Essa é a nossa questão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O fio condutor deste trabalho foi um olhar para a questão do sujeito e do laço social no contexto de surgimento de uma “novilíngua” da prevenção. Justifica-se, assim, que este estudo tenha passado pela discussão sobre a linguagem. A estruturação do sujeito pela linguagem é o pressuposto que media toda esta investigação. A linguagem constitui realidade, e, é sobre a constituição de uma nova realidade que se constituiu, por sua vez, através de uma “novilíngua” da prevenção que este trabalho se desenvolveu.

A teoria da enunciação nos possibilitou compreender que “todo vínculo social tem uma matriz enunciativa: a construção de um Nós e de um Eu que somente pode se dar na diferença e na relação com um Tu e com um Ele” (Amorim, 2009). Na “novilíngua” a matriz enunciativa é manipulada de forma a impossibilitar fundamento enunciativo. Para nós fica a pergunta, então, “como pensar o vínculo social e o viver coletivo sem o fundamento enunciativo? Sem esse fundamento de tudo que, em matéria de simbólico, pode se constituir?”.

O que Orwell em sua ficção dos anos 40 já alertava é que a constituição de enunciados sem enunciação e a manipulação das palavras são elementos de uma linguagem que extinguem a singularidade e o pensamento crítico. A “novilíngua” da prevenção é um exemplo atual de como uma sociedade sem pensamento crítico pode se transformar em um “rebanho” (Dufour, 2008).

A ideia do rebanho, para o autor, é elemento essencial para o bom funcionamento da máquina capitalista neoliberal pós-moderna. Cada um de nós faz parte da engrenagem do consumo. E está na “novilíngua”, na linguagem esta nova ordem. Para Dufour (2008) o que vivemos hoje são os “ecos na economia psíquica de modificações que apareceram na economia de mercado com a extensão do liberalismo”. Somos subjetivamente influenciados pela economia econômica, o que traz consequências importantes para o sujeito.

“A hipótese da qual eu parto é que essas grandes economias humanas são articuladas entre si. [...] Para tomar apenas um exemplo, [...] as transformações na economia de mercado (a desregulação) podem acarretar efeitos na economia política (obsolescência do governo e aparição da governança) e que este último aspecto pode conduzir a mutações na economia simbólica (desaparecimento da autoridade do pacto e surgimento de grupos ego-gregários) e na economia semiótica (transformação da gramática e alterações semânticas)” (Dufour, 2008).

De acordo ainda com Dufour, a linguagem está articulada as outras economias e neste estudo pudemos perceber como se dá esta dinâmica. A “novilíngua” da prevenção é o exemplo da possibilidade de emergência de um discurso em que a lógica liberal reitera todas as premissas. As frases e palavras que encontramos na pesquisa com sentidos bastante diversos do sentido usual na língua dizem respeito a um novo modo de sujeito e suas relações são os efeitos do panorama pós-moderno.

Um desses efeitos que encontramos no estudo foi a inflação do conceito de saúde. Vivemos em um contexto em que a saúde se tornou um imperativo, no qual a vida é reduzida à “vida saudável” (Szapiro, 2005). Deste modo, a regulação para o alcance deste objetivo é a depuração dos riscos. O risco, elemento central das prescrições preventivas é a palavra de maior destaque na “novilíngua” da prevenção. O discurso contemporâneo sobre a saúde produz novos sentidos, nos quais a vida deve ser vivida de maneira saudável e o risco é necessariamente uma escolha dentro de um estilo de vida.

A perspectiva de avaliação dos riscos colocada nos termos de uma livre escolha resulta na responsabilização individual. Deste modo, correr riscos passa a ser unicamente uma decisão de cada um. Essa noção de responsabilidade é mais radical na pós-modernidade, em que os conceitos de autonomia e liberdade estão no centro do pensamento liberal. Neste sentido, identificamos uma progressiva desresponsabilização do Estado sobre a saúde dos indivíduos. A questão do estilo de vida saudável tornou-se, para este fim, uma questão central na contemporaneidade.

Este contexto tem tido efeitos importantes na forma “sujeito” e nas relações com o “outro”. As relações parecem se fazer a partir de novos fundamentos, onde, por

exemplo, o lugar do outro é reduzido ao lugar de um parceiro. A “novilíngua” da prevenção celebra a parceria. Num cenário em que a noção de risco é central e media as relações, o parceiro conseqüentemente é sempre um suspeito do qual todos precisamos nos proteger.

Este contexto gera conseqüências importantes para o laço social. O olhar meramente biológico sobre o exercício da sexualidade faz com que “relações protegidas” traduzam “práticas sexuais com o uso do preservativo”. Proteger-se é usar preservativo, este é o sentido único que a palavra proteção tem na “novilíngua” da prevenção.

Nesta perspectiva, pelo olhar meramente biológico, a sexualidade é mais uma função do corpo a ser trabalhada pelo prisma das práticas de risco. A partir dessas considerações compreendemos que a intimidade perde seu lugar e se objetiva através de critérios sanitários, em nome da premência da avaliação médica dos riscos. O convite a falar sobre a intimidade é aceito com essa justificativa. Em sua expressão contemporânea podemos identificar na emergência da “novilíngua” da prevenção, uma regulação sanitária que opera sobre a “vida nua”. A “vida nua” como realidade puramente biológica, como analisou Agamben (2010), aponta para a característica totalitária a que a experiência humana parece, assim, estar submetida.

A “novilíngua” da prevenção parece ilustrar como o discurso médico impossibilita ao sujeito escapar da sua lógica. Podemos dizer que na “novilíngua” da prevenção não há dimensão de alteridade? De acordo com a teoria da enunciação de Benveniste (2006) sim, pois em sua teoria sobre a dinâmica da enunciação ele diz que o eu se assume no discurso a um tu, a quem está dirigido um discurso e que por sua vez se assume como sujeito ao responder. Na “novilíngua” estes lugares desaparecem.

Compreendemos finalmente que o novo discurso médico da prevenção corresponde ao novo quadro da biopolítica em sua versão contemporânea. Ao excluir a dimensão de alteridade e apagar as singularidades a “novilíngua” corresponderia a uma experiência totalitária do ponto de vista das sociabilidades. Todos passamos assim a estar sempre, de alguma maneira, submetidos ao imperativo contemporâneo

da prevenção cujo discurso, eliminando o lugar do sujeito da enunciação, se produz como verdade incontestável.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AGAMBEN, G. Homo Sacer: o poder soberano e a vida nua. Trad. Henrique Burigo. – 2. Ed. – Belo Horizonte: Editora UFMG, 2010.

AMORIM, M. Vozes e silêncio no texto de pesquisa em Ciências Humanas. Cad. Pesqui., São Paulo, n. 116, July 2002 .

_____. O pesquisador e seu outro: Bakhtin nas ciências humanas. São Paulo: Musa Editora. 2004

_____. Formas de saber na cultura contemporânea. In: Clínica da pós-modernidade, formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização / Ana Szapiro, organizadora; Rio de Janeiro: Bapera, 2009

AROUCA, S. O Dilema Preventivista: contribuição para compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

BAKHTIN, M. Marxismo e Filosofia da Linguagem: problemas fundamentais do método Sociológico na ciência da linguagem. Segunda edição. EDITORA HUCITEC, São Paulo, 1981

BENVENISTE, Émile. Problemas de lingüística geral I. Campinas: Pontes, 1988.

_____. Problemas de lingüística geral II. Campinas, SP: Pontes Editores, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA): manual. Brasília, 1999.

_____. Ministério da Saúde do Brasil. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. DIRETRIZES PARA ORGANIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO DOS CTA DO BRASIL. Brasília, 2010.

_____. Ministério da Saúde. HIV/AIDS no Brasil: provimento de prevenção em um sistema descentralizado de saúde. Brasília, 2011

CAMARGO Jr., K As ciências da AIDS e a AIDS das ciências: discurso médico e a construção da AIDS. Rio de Janeiro: Relume-Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1994.

CANGUILHEM, G. O Normal e o Patológico. Editora Forense Universitária, 2009

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

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

CASTRO, J. M. A atualidade da novilíngua. *Psychê* [en línea] 2008, vol. XII.

Disponível em:

<http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=30711292009>. ISSN 1415-1138. Acesso em 29/07/2011

CETINA, K. K. The rise of a culture of life. *EMBO reports* 6, S1, S76–S80, 2005

CLAVREUL, J. A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico. São Paulo: Brasiliense, 1978.

DELEUZE, G. Post-Scriptum sobre as sociedades de controle. In: *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, s.d., 1990.

DUARTE, A. Sobre a biopolítica: de Foucault ao século XXI. *Revista Cinética*:

Programa Cultura e Pensamento, 2007. Disponível em:

http://www.revistacinetica.com.br/cep/andre_duarte.htm. Acesso em 13/08/2010.

DUFOUR, D-R. A arte de reduzir as cabeças. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.

_____. Economia de Mercado e economia psíquica. In: SZAPIRO, A.M (Org.). *Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

- _____. O Divino Mercado. Trad. Procópio Abreu. – Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- _____. O nascimento da clínica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004.
- _____. Aula de 25 de Janeiro de 1978 In: Segurança, território e população: Curso no Collège de France (1977-1978), (trad. Eduardo Brandão). São Paulo: Martins Fontes, 2008.
- _____. Microfísica do Poder; organização e tradução de Roberto Machado – Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.
- GAUDENZI, P.; SCHRAMM, F.R. A transição paradigmática da saúde como um dever do cidadão: um olhar da bioética em Saúde Pública Interface - Comunic., Saúde, Educ., v.14, n.33, p.243-55, abr./jun. 2010.
- KLEMPERER, V. LTI: A Linguagem do Terceiro Reich. Rio de Janeiro: Contraponto, 2009
- LAFONTAINE, C. Regenerative medicine's immortal body: from the fight against ageing to the extension of longevity. *Body & society*, vol 15(4): 53-7, 2009.
- LE BRETON, D. Adeus ao Corpo: Antropologia e Sociedade. Campinas, SP: Papirus, 2009
- LYOTARD, J-F. A condição pós-moderna Rio de Janeiro: José Olympio, 2009.
- MACHADO, R. Introdução: Por uma genealogia do poder. In: Microfísica do Poder. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 2010.
- MARQUES, M. C. da C. A história de uma epidemia moderna – a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. São Carlos: RiMa; Maringá : EDUEM, 2003.

- ORWELL, G. 1984. São Paulo: Companhia Editora Nacional. 1972
- PARKER, R. A construção da solidariedade: AIDS, sexualidade e política no Brasil. Rio de Janeiro: Relume-Dumará. Coleção História Social da AIDS, nº 3, 1994.
- ORTEGA, F. Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades. In: Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n.1, 2003.
- RABINOW, P. Artificialidade e iluminismo: da sociobiologia à biossociabilidade. In: Biehl, J.G. (org.). Antropologia da razão: ensaios de Paul Rabinow. Rio de Janeiro: Editora Relume Dumará, 1999.
- SANTOS, E.M. E agora: somos todos marqueteiros de cyborgues eternos? In: Arouca, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- SCHRAMM, F. R. A saúde é um direito ou um dever? Autocrítica da saúde pública. RBB. Revista Brasileira de Bioética, Brasília, v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006.
- _____. O uso problemático do conceito 'vida' em bioética e suas interfaces com a práxis biopolítica e os dispositivos de poder. Revista Bioética (3): 377 – 389, 2009.
- SILVA, G.R. Prefácio. In: Arouca, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- SZAPIRO, A.M. Em tempos de Pós-Modernidade: vivendo a vida saudável e sem paixões. In: Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro: UERJ, ano 5, n.1, 1º semestre de 2005.
- _____. O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano. In: Clínica da pós-modernidade, formas de subjetivação, de

violência e de dessimbolização / Ana Szapiro, organizadora; Rio de Janeiro: Bapera, 2009

SZAPIRO, A. M.; SILVA, S. M. B. Homens e Mulheres: limites para o controle e para a liberdade – o problema da transmissão. In: Tecendo o desenvolvimento: saberes, gênero, ecologia social / organizadoras Maria Inácia D’Avila Neto e Rosa MariaLeite Ribeiro Pedro. Rio de Janeiro: MAUAD: Bapera Editora, 2003.