

**O IMPERATIVO DA EPIDEMIOLOGIA DOS FATORES DE RISCO EM
FACE DAS DESIGUALDADES SOCIAIS:
agenciamentos discursivos sobre o sedentarismo¹**

***THE IMPERATIVE OF THE EPIDEMIOLOGY OF RISK FACTORS AND
THE SOCIAL INEQUALITIES:
discursive devices on the sedentarism***

Marcos Bagrichevsky
Universidade Federal do Espírito Santo
Adriana Estevão
Universidade Federal do Espírito Santo

Resumo

O texto ensaístico empreende uma análise que busca desestabilizar certas pretensões do status quo da 'epidemiologia dos fatores de risco', fazendo emergir outras leituras possíveis em relação ao 'sedentarismo' que extrapolam os limites formais e politicamente problematizáveis que a este tema têm sido impostos. Tomado como uma metáfora pós-moderna, o sedentarismo viceja como um ícone emblemático da era de incertezas e inseguranças sociais que habitamos e que nos habita. Os autores apontam, ao final, que a renúncia ao rigor filosófico-interpretativo nas análises epidemiológicas sobre os chamados comportamentos de risco à saúde, tratados predominantemente como fruto de 'escolhas pessoais equivocadas', tem produzido noções que se limitam aos sujeitos apartados de sua cultura e de seu potencial de interferência nas agendas políticas dos governos; além de não incluírem as questões do panorama de iniquidades socioeconômicas e sanitárias vigente, que afeta com gravidade grande parte da população brasileira.

Palavras-chave: fatores de risco à saúde, epidemiologia, estilo de vida, desigualdades sociais

Abstract

This essay undertakes an analysis that seeks to destabilize certain claims of the status quo of the 'epidemiology of risk factors', giving rise to other possible readings in relation to 'sedentarism' that go beyond the formal boundaries and political limits that this issue have been taxes. Taken as a post-modern metaphor, the sedentarism thrives as an icon emblematic of the era of social uncertainties and insecurities that we inhabit and that inhabits us. The authors point out, finally, that the renunciation of philosophical and interpretative rigour in epidemiological analyzes of the

1 Parte significativa dos argumentos contidos neste ensaio é oriunda de pesquisas anteriores, financiadas pelo CNPq e FAPESB, cujos desdobramentos atuais materializam-se em orientações de trabalhos de iniciação científica e de mestrado no CEFD/UFES.

so-called health risk behaviors, treated predominantly as a result of 'wrong personal choices,' has produced ideas that are limited to individuals separated from their culture and its potential interference in the political agendas of governments, in addition to not include the issues of the panoram of socio-economic and sanitary inequities, which seriously affects much of the Brazilian population.

Keywords: health risk factors, epidemiology, lifestyle, socioeconomic inequalities

Introdução

A reconfiguração contemporânea de certos estudos epidemiológicos, nos quais se busca legitimar 'novos' objetos de pesquisa em saúde, por intermédio de incursões mensurativas que enquadram e valoram comportamentos – ora classificados como 'saudáveis' ora como 'de risco à saúde' –, merece uma reflexão mais detida.

Uma síntese crítica acerca da questão parece providencial, porque permitiria colocar em voga implicações daí decorrentes, de caráter epistemológico, ético-político e moral (não reconhecidas em tais abordagens). Principalmente, se cotejada com o cenário presente, no qual o processo saúde-adoecimento-cuidado é marcado por profundas e persistentes desigualdades socioeconômicas em nosso país.

Vários são os motivos que apontam a premência de se analisar os formatos assumidos nessas inferências epidemiológicas, inclusive, como ponto de apoio para determinadas políticas e programas de (promoção da) saúde. Destacamos, em particular, as argumentações vexatórias que recaem sobre as ditas 'posturas arriscadas', escudadas em prescrições que propõem 'solucioná-las', mediante a incorporação de uma verdadeira apologia à prática de atividades físicas² e à 'alimentação saudável'. Chama a atenção como essas mensagens têm sido defendidas e veiculadas, de maneira simplista e descontextualizada, em publicações científicas da área da saúde (Kohl et al., 2012), mas não apenas nelas.

Tem havido, no referido cenário acadêmico, exponencial crescimento de ênfases discursivas a favor do envolvimento com (auto)disciplina e normas de comportamento, no intuito de se promover uma 'boa saúde', sem que percebamos emergir, na mesma medida, debates que problematizem o(s) significado(s) disso e o viés mercadológico embutido em tais discursos.

Trata-se de uma dimensão culpabilizante, da qual quase nenhum hábito de vida hoje consegue escapar em vista de uma série de estratégias biopolíticas estar transformando escolhas pessoais em dispositivos morais, que povoam até nossos desejos mais inóspitos e contaminam relações profissionais, afetivas, institucionais (Tulloch; Lupton, 2003).

Esses investimentos apostam fortemente nos processos de modulação subjetiva

2 Tomadas com o significado de 'panacéia terapêutica não-medicamentosa', capaz de contornar 'problemas' orgânicos, morais e sociais, desde que incorporada pelas pessoas como estratégia permanente a ser acionada em todo lugar, a qualquer tempo e de todas as formas possíveis

de nossas crenças, cujo resultado tem fornecido materialidade ao entendimento de que, a priori, a 'obtenção de saúde' atrelar-se-ia à condição de consumir. Nesse domínio, as práticas corporais³ tornaram-se fetiches de um imperativo hedonista, que medicaliza a vida social e achata os horizontes do cuidado em saúde ao nível exclusivamente biológico/individual (Costa, 2004).

Prolongar a vida ao máximo, multiplicando suas possibilidades, desviando seus limites e corrigindo suas 'imperfeições', tornou-se palavra de ordem na modernidade líquida. Contudo, não podemos perder de vista que as patologias sociais, das quais padecem nações periféricas do capitalismo, têm gerado corpos enfermos e agonizantes, governamentalizados por discursos e práticas que nos distanciam cada vez mais da capacidade de escapar e resistir às armadilhas da subjugação imposta pela globalização neoliberal.

Diante do quadro esboçado, o texto empreende uma análise ensaística que busca desestabilizar certas 'pretensões naturalizantes' do *status quo* epidemiológico; que faz emergir outras possibilidades interpretativas, extrapolando os limites formais e politicamente problematizáveis que têm sido impostos a alguns temas da saúde – sobretudo por correntes investigativas pragmáticas, ocupadas em privilegiar 'condutas de risco' e 'estilos de vida', como temas de interesse à Saúde Pública.

Como preocupação final desses apontamentos introdutórios, cabe anunciar a intenção de discutir adiante a questão do 'sedentarismo', um dos tantos riscos comportamentais a se multiplicar vertiginosamente nas pesquisas epidemiológicas e em produções acadêmicas de áreas correlatas (Bagrichevsky et al., 2007) – fato que, por si só, já justificaria um exame mais atento do assunto. Vinculado como antítese de uma 'vida saudável' e tomado como vetor de exacerbada responsabilização pessoal, o sedentarismo viceja como ícone emblemático da era de incertezas e de insegurança social que habitamos e que nos habita (Castiel; Alvarez-Dardet, 2007).

(Epidemiologia do) Sedentarismo como metáfora dissonante

Joel Birman (1997) nos lembra de que desde o final do século passado, o discurso epidemiológico vem adquirindo, cada vez mais, uma autoridade⁴ e um poder de valor incontestável, cuja qualidade prévia, segundo ele, inexistente e dificilmente é colocada em julgamento. Essa autoridade simbólica universalista autorreferida pela epidemiologia tornou-se emblemática a partir da incorporação da retórica sobre o estilo de vida⁵.

3 Sejam elas para aumentar gastos calóricos ou para embelezar os corpos.

4 No sentido que a sociologia e a filosofia política lhe conferem.

5 Em contraposição a esse viés interpretativo, de caráter individualizante e despolitizador, destacamos o significado de 'estilo de vida' desenvolvido por Possas (1989), traduzido como determinada forma sócio-cultural de viver que, entre outras coisas, poderia expressar também hábitos e condutas ligadas ao cuidado em saúde (mas não apenas

Ao advogar tal enfoque, a disciplina se afastou de seus pressupostos histórico-epistemológicos (a população e o contexto social do adoecimento) em proveito da valorização de relativismos individualistas, inerentes à emergência de uma nova ordem mundial globalizada, cujo viés economicista tem deslocado paulatinamente as preocupações coletivas da saúde para uma posição marginal, inclusive em muitas políticas públicas (Breilh, 1998; Barata, 1999; Vaz, 2009).

A despeito do indiscutível valor heurístico que a epidemiologia (descritiva) acumula até hoje, como campo exitoso no enfrentamento de enfermidades humanas ao longo dos tempos, são muitas as questões epistêmicas que vão de encontro à 'epidemiologia dos fatores de risco' – mote específico da crítica contemporânea de pesquisadores brasileiros da própria área (Almeida Filho, 1992; Graciano, 2003; Ayres, 2008).

Alguns elementos presentes no artigo de Colares, Franca e Gonzales (2009) ilustram um modo preferencial de eger certas problemáticas sanitárias. Conforme demonstram outros trabalhos (Lupton, 1993; Campos et al., 2006), a renúncia ao rigor filosófico/interpretativo nas análises sobre tabagismo, consumo de bebidas alcoólicas, sedentarismo e obesidade, considerados 'comportamentos epidêmicos' e tratados predominantemente como fruto de 'escolhas pessoais equivocadas' (estilos de vida arriscados), tem produzido noções que se limitam às visões do sujeito isolado de sua cultura e de seu potencial de interferência nas agendas governamentais. Tais ênfases na ação individual podem, talvez, promover autonomia na forma, embora se mostrem despolitizadoras na essência.

Discursos que associam determinadas condutas aos chamados 'fatores de risco à saúde' vigoram em produções científicas no campo da Saúde Pública já faz algum tempo (Lupton, 1995). Entretanto, tem havido, nos últimos anos, uma ampliação do leque de posturas consideradas insalubres nesses estudos que, de certo modo, vêm tomando de assalto as subjetividades da vida cotidiana (Castiel; Alvarez-Dardet, 2007).

A descrição metódica e exaustiva dos 'comportamentos de risco' não visa apenas subsidiar explicações que incidam sobre os cuidados populacionais em saúde. Possui, na mesma medida, um caráter de iniciação na verdade das coisas, que divide o mundo entre os que sabem – os especialistas⁶ – e os que não devem opinar – a população leiga (Phillips; Ilcan, 2007). Nessa perspectiva, o sedentarismo surge como um estado de 'pré-enfermidade', obviamente passível de intervenção pelos *experts*. O panorama que encarcera o sedentário em sua própria negatividade existencial se deve, em parte, à influência de tal contexto cientificista.

Tomado como uma espécie de metáfora pós-moderna empregada para designar indolência, preguiça e uma inaceitável falta de cuidado consigo próprio, o sedentarismo,

eles). Tal noção integra o que a autora chamou de 'teoria dos modos de vida', articulada ao conceito de 'condições de vida' – essa sim, uma categoria analítica de maior relevância social e política no cenário coletivo da saúde-doença-cuidado, e que deveria orientar mais as tomadas de decisão da gestão em saúde.

6 Entre os quais figuram os epidemiologistas.

com frequência, figura nas pesquisas como um desses comportamentos que remete à falência moral das pessoas (Buchanan, 2006); e, estranhamente, parece se autojustificar no bojo de tantos outros problemas sanitários graves, em países subdesenvolvidos e socialmente contrastantes como o Brasil.

Na tentativa estratégica de referendar a pecha do sedentarismo – considerado uma conduta prejudicial à saúde e universalizado como uma ‘verdade sólida’ –, parte dos estudos epidemiológicos e biomédicos tem investido esforços para dar projeção à premissa de que a diminuição ou ausência da prática de atividade física diária pelas pessoas responderia por um sem número de potenciais danos futuros – as chamadas doenças crônicas não-transmissíveis (Bagrichevsky et al., 2007; Kohl et al., 2012).

Os argumentos arrolados em tais pesquisas, acerca da antinomia sedentarismo/estilo de vida saudável, indicam um sistema de racionalidades empenhado no embate ideológico pela soberania da produção dos ‘regimes de verdade’ (Lupton, 1999; Vaz et al, 2007; Pedraz, 2007), cujos desdobramentos e interesses em jogo, sabidamente, extrapolam a própria arena científica. Quando incorporado em investigações sobre o mapeamento de agravos à saúde, fica subsumido o aumento do grau de relevância desse tipo de categorização em detrimento de outras questões a serem consideradas.

Supondo que o combate ao sedentarismo seja realmente um objetivo plausível para as preocupações em Saúde Pública, como fazê-lo sem estigmatizar as pessoas ‘enquadradas’ como sedentárias? A categoria sedentário, que tem sido legitimada nas pesquisas com base em critérios de gastos calóricos mínimos por dia obtidos através de atividade física ‘recreativa’ – seria aplicável, por exemplo, aos operários da construção civil, cujas jornadas diárias árduas, invariavelmente desprovidas de horas de lazer⁷, incidem de modo deletério sobre seus corpos?

Se justaposta aos preceitos definidores do sedentarismo, a atividade física laboral, que tem levado milhares de cortadores de cana⁸ à morte nas colheitas do interior de São Paulo em troca de remunerações irrisórias (Silva, 2005), deveria ser considerada ‘fator de proteção’ ou ‘fator de risco’ à saúde e à vida? Sob essa ótica, tanto a classificação em si quanto a preconização da mudança de ‘estilos de vida’ se revelam igualmente inapropriadas e perversas.

Tal panorama requer uma necessária relativização à ênfase discursiva sobre o papel da responsabilidade pessoal na busca de autonomia dos sujeitos e de sua saúde, considerando a morosidade das mudanças macro-estruturais da sociedade brasileira, a cargo das políticas Estadais. Essas, do ponto de vista ético e constitucional, deveriam ter

7 Seja por falta de condições financeiras, seja pelo cansaço físico proveniente do trabalho cotidiano exaustivo.

8 Parte expressiva desse contingente de trabalhadores se constitui de migrantes oriundos de regiões longínquas do país (principalmente do Norte e Nordeste do Brasil); em geral, são pessoas muito pobres, sem nenhum estudo ou qualificação profissional prévia, e que, por isso mesmo, costumam conseguir subempregos sazonais no ‘mercado da informalidade’ (Silva, 2005).

maior parcela de contribuição no processo de enfrentamento/superação do atual cenário de iniquidades no país.

Levando em conta esses pressupostos, parece sensato então colocar sob suspeita a retórica superlativa que recai sobre condutas cotidianas, tomadas como insalubres ou perigosas em interpretações epidemiológicas, e notabilizadas pelos meios de comunicação de massa (Vaz et al., 2007). Há uma gama extensa de autores críticos que considera essa estratégia temerária, pois tem se convertido em um imperativo moralizante (Lupton, 1995; Buchanan, 2006; Campos et al., 2006), gerador de repercussões significativas na vida contemporânea, que ditam modos subjetivos de nos conduzirmos, nos alimentarmos, nos relacionarmos, e interferem na conformação de nossas crenças e valores culturais.

Esses discursos são responsáveis, no limite, por um efeito adverso que confere aos sujeitos uma esfera persecutória, diante das propostas de promoção da saúde e de educação em saúde baseadas em modelos comportamentais, enfeixadas pela ideia do estilo de vida saudável. Tal dimensão acompanha o ambiente de paranóias e inseguranças sociais que marca o espírito dessa época, manifestando-se através da culpabilização preventiva daqueles que se expõem aos riscos tecnicamente pré-dimensionados (Welch et al., 2011).

Cada vez mais nos é alardeada a liberdade de opção e de escolha para conduzir nossa saúde e nossas vidas, mediante a gestão das informações sobre todos os comportamentos de risco estudados, medidos e nomeados. Essa biopolítica sanitária, disseminadora de mensagens persuasivas, nas fronteiras virtuais entre ciência, mídia e mercado (Segurado, 2002), emerge em uma era marcada pelo concomitante crescimento de iniquidades sociais e fluxos de informação, conformando um novo fenômeno econômico-cultural pós-moderno: o agravamento moral do sedentarismo como pecado contemporâneo em nosso sistema ocidental de virtudes e vícios.

A força retórica da noção de 'erro' ou 'desvio' de conduta, que leva a prejuízos para si e para os outros (por exemplo, na oneração dos sistemas de saúde), associada ao sedentarismo, possibilita explorar e problematizar implicações que orbitam ao redor dessa questão.

Agenciamentos discursivos sobre (comportamentos de) risco à saúde e as injunções societárias contemporâneas

Cabe sublinhar esse nosso tempo como um espaço no qual a existência humana tem se deixado levar por um movimento extravagante de buscas e acessos a informações ilimitadas (inclusive na dimensão da saúde-doença-cuidado). Subjaz nessa nova ordem um hedonismo irreprimível e poderoso, que sustenta o não questionamento a tal estado de coisas e intensifica uma quase imperceptível aversão a qualquer forma de crítica à organização social vigente. Em outras épocas, essa doutrina do efêmero não só era marginalizada como também ocupava um papel subalterno.

Essa estética pós-moderna produz efeitos marcantes na cultura, na política, na ciência, na mídia e em várias macro e micro-instâncias que interferem na dinâmica da vida em coletividade. Ela entremeia-se aos processos simbólicos que conformam sutilmente o modo como nos relacionamos no dia-a-dia, e as nossas próprias referências identitárias.

Na esteira desse horizonte de ideias, intelectuais da modernidade tardia chamam a atenção, de diferentes maneiras, para a metamorfose que o papel do 'cuidado em saúde' vem sofrendo no presente cotidiano (Costa, 2004). Esse deslocamento de sentido prolifera ênfases retóricas que fazem alusão à responsabilidade personificada e à obrigação moral do 'dever-ser'... saudável, belo(a), magro(a), jovem, ativo(a)! Trata-se de uma dimensão ascética pulverizada através de recomendações sobre mudanças nos modos de viver, cuja circulação midiática tem se tornado cada vez mais ampliada, a despeito dos contrastes perversos entre continentes e populações, que também seguem alargados em todos os cantos longínquos do planeta (Bauman, 2011).

Na ordem do pensamento dessa sociedade global pós-genoma, a transfiguração dos significados de saúde, doença e normalidade – especialmente ancorada nos discursos de prevenção aos riscos, como nunca antes – não diz respeito apenas à apologia dos avanços high-tech. Relaciona-se também aos efeitos imanentes das redes de interesses, que conectam e articulam a produção de conhecimentos e de práticas científicas à dinâmica política e mercadológica, à manutenção da soberania de países ricos sobre nações subalternas (Bauman, 2011).

As linhas mais estruturadas de crítica a esse modelo conceitual cambiante de saúde-doença-normalidade, outorgado pela racionalidade tecnocientífica, preocupam-se com as distorções inerentes, por exemplo, à determinação de ações sanitárias baseadas não mais na ocorrência concreta de problemas e sim na probabilidade estimada (cálculo dos riscos) deles virem a acontecer em algum momento no futuro (Lupton, 1999).

No plano individual, reverberam efeitos subjetivos que materializam espectros nosológicos monitoradores de nosso imaginário corpóreo. Uma espécie de estado de (auto) vigilância permanente para prevenir a condição de periculosidade da qual hoje somos portadores (queiramos ou não!), conforme enuncia a lógica da 'epidemiologia dos fatores de risco' – que espreeita com olhos ameaçadores nossas posturas habituais de vida, delatando suas supostas vicissitudes (Vaz et al., 2007).

Inscrito em propostas conservadoras de promoção da saúde e prevenção de agravos, o risco tornou-se também um dispositivo de convencimento da agenda oficial utilizado para justificar publicamente algumas formas de intervenção do/no setor saúde e de destinação prioritária de fomentos e recursos para certas linhas de investigação científica (em detrimento da contemplação de outras). Os discursos organizados sobre a ideia de risco podem tanto ser largamente utilizados para legitimar políticas quanto para desacreditá-las; para proteger as pessoas das instituições ou para proteger as instituições dos agentes individuais (Mitjavila, 2002).

Interrogar permanentemente os ditames certificadores de correntes dominantes em pesquisa é necessidade indiscutível, levando em conta o peso que exercem hoje na formulação e no estabelecimento de políticas e práticas sociais. Inclusive, porque se multiplicam, a todo o momento, estratégias de entidades internacionais (como a Organização Mundial da Saúde e a Organização Panamericana da Saúde, por exemplo), que, a partir de ‘achados’ epidemiológicos, têm objetivado designar, com abrangência global, quais tipos de comportamento deveriam ser considerados adequados⁹ ou não. Contudo, mais do que recomendações ao bem-estar, tais preconizações normativas engendram aspectos descontextualizados que inspiram atenção, pois nem sempre são factíveis a todos os países e aos diferentes estratos sociais daqueles que as adotam.

Por esta e outras razões, analistas sociais – dentro e fora do campo das Ciências da Saúde – consideram preocupante o crescimento do ‘discurso de prevenção-antecipação aos riscos’ que tem impregnado o norteamento de muitas áreas de pesquisa, como a biologia genética, a educação física, as ciências atuariais (Castiel; Alvarez-Dardet, 2007).

Determinadas correntes acadêmicas, mais ortodoxas, vêm buscando defender¹⁰ caminhos e procedimentos de evitação de riscos à saúde das pessoas. Proliferam promessas de redução de incertezas e agravos através da eficácia de processos de cura (terapias) em escala populacional, agrupados entorno da defesa incondicional de um discurso tecnicista que, embora nos pareça unívoco, tem revelado ambivalências (Tulloch; Lupton, 2003; Vaz et al., 2007).

De maneira geral, tais promessas não têm levado em conta as injunções sócio-políticas, culturais e econômicas de fenômenos complexos que se replicam em terrenos que lhes escapam ao domínio. Na verdade, está em curso vasta disseminação de um rol de soluções simplistas para problemáticas complexas, como o cuidado em saúde. Na farta produção e exposição dessas ofertas à sociedade, não é difícil entrever indícios de uma orientação reducionista governada por interesses ideológicos e de mercado (Costa, 2004).

Na realidade, as garantias retóricas projetadas por essa ‘racionalidade preventivista’ não se traduzem, de fato, em tranquilidade, certeza, eficácia, ou ensejam formas mais adequadas para lidar com as questões da saúde no cotidiano (Lupton, 1995; Van Loon, 2002). Ao contrário, por não perceberem as numerosas particularidades constituintes do homem contemporâneo, trazem à tona propostas que geram mais angústia, ansiedade e sofrimento, do que proteção (Lupton; Chapman, 1995; Welch et al., 2011).

Tais repercussões ganham um sentido especial no processo saúde-doença-cuidado, se o assumirmos como expressão dos modos possíveis de gerenciar (e até resistir a) desejos e expectativas que se apresentam a nós na atualidade, como imperativos inalcançáveis de um mundo contraditório. Essa paradoxalidade diz respeito, por exemplo, a profusão de estímulos de toda ordem dirigidos ao consumo desenfreado e em massa, de um lado;

9 Ver campanhas de prevenção da Aids, contra o fumo, a obesidade, o sedentarismo, a favor de uma ‘vida ativa’ etc.

10 Segundo argumentações próprias, tornadas públicas pelos mass media.

enquanto de outro, substancial parte da população, na chamada ‘aldeia global’, continua decaída e à margem de políticas sociais dignas (Bauman, 2011).

Assim, são nessas ambiências concretas do cotidiano – espaços de redes sócio-históricas onde estamos mergulhados – que emergem verdades singulares, muitas vezes, intranferíveis ou pouco afeitas a proposições científicas generalizantes. Singularidades essas que podem ser diluídas ou até aniquiladas por hiatos (por vezes, abissais) entre o que se pressupõe no plano dos discursos antecipatórios sobre o risco, ofertados em larga escala, e aquilo que ocorre pontualmente no ‘mundo possível’ daqueles para quem essas mensagens são dirigidas (Lupton; Chapman, 1995).

É nessa perspectiva que se conformam os discursos antecipatórios de riscos à saúde. Eles são constituídos e disseminados por diferentes atores sociais e meios, formando uma ampla rede de ‘macro’ e ‘micro-decisões’, produtora de ideologias. Rede na qual se posicionam, com distintos poderes decisórios e interesses, as instituições, os sujeitos e suas (inter)subjetividades. Tais estratégias discursivas, com vistas a receptores imaginados, são engendradas justamente nessa ambiência interativa de forças em desequilíbrio (Lupton, 1993).

Existe uma hipótese de que a noção de risco vem sendo incorporada como norma social, uma nova forma dominante na cultura ocidental para se pensar o poder sobre a ação humana (Mitjavila, 2002). O conceito de risco prevalece nessa sociedade pós-moderna que acirra as desigualdades injustas, na qual há uma reduzida margem de autonomia das pessoas em relação à escolha (possível) dos estilos de vida. Trata-se, pois, da molecularização de mecanismos de controle sobre os sujeitos; dispositivos que se tornaram mais adequados às relações de forças e modos da organização societária vigente, por suas sutilezas persuasivas e permeáveis, capilarizadas, quase invisíveis (Deleuze, 1990).

A pretensão de ‘conduzir’ as pessoas a esses estilos de vida idealizados só poderia ser avaliada, de fato, no momento de efetivação de suas premissas – ‘quando’, ‘onde’ e ‘se’ forem alcançadas. Discursos sanitários tecnocientíficos moldados por relações de saber/poder (Lupton, 1993), pela relevância que têm assumido no agendamento de iniciativas públicas, passaram a exercer a força de referentes simbólicos na construção de identidades e relações sociais, sistemas de conhecimento e de valores societários (Foucault, 2004).

Considerando que tais preconizações retóricas vêm constituindo modos de pensar e de agir que interferem sobre diferentes esferas da vida em coletividade, torna-se necessário não apenas situá-las nos momentos históricos de sua elaboração – de forma a analisar, mais detidamente, a complexidade e abrangência de sua lógica influente – mas, também, investigar como se movem os distintos sujeitos nesses modos de produção e circulação. Cabe levantar as razões pelas quais se legitimam, são negadas, refeitas ou assumem novos sentidos, nos espaços onde se fazem presentes.

As narrativas sobre prevenção de riscos à saúde são constructos de caráter normativo e estão, inapelavelmente, vinculados a diferentes interesses. Constituem-se, de modo

explícito ou não, a partir de definições relativas ao tipo de sociedade que se almeja e as maneiras de alcançá-la (Robertson, 2001).

No bojo dessa biopolítica informacional vem se legitimando uma metamorfose ontológica da condição humana; uma renovada dinâmica do biopoder vinculada à lógica de consumo no capitalismo fluido, volátil, na qual as doenças são reconceitualizadas como ‘erros’ no nosso código genético; esse, então, precisaria ser ‘averiguado’ para atualizar, a cada dia, a saúde do corpo e da alma – tanto individuais quanto sociais (Sibilia, 2004). Nessa ótica, não haveria mais necessidade de localizar uma origem patológica para os sintomas; bastaria apenas conferir, ‘preventivamente’, sua distância em relação ao padrão normal (isto é, calcular os riscos) e dispor das alternativas e terapêuticas ‘corretivas’ acessíveis no mercado..., claro, para quem pode pagar!

Para não concluir...

Em tempos recentes, algumas políticas de saúde no Brasil, situadas dentro de uma concepção neo-higienista, vêm divulgando a ideia de se utilizar/prescrever atividades corporais, sistematicamente, como ‘forma de combate’ à morbimortalidade das chamadas doenças crônico-degenerativas; mas, principalmente, como dispositivo discursivo que agencia o exorcismo do pecado moderno da humanidade chamado sedentarismo. Os argumentos dessa cruzada saudável anti-sedentarismo apoiam-se, sobretudo, nas ‘teorias etiológicas do estilo de vida’ e em resultados estatísticos produzidos por pesquisas epidemiológicas (Williams, 2003; Bagrichevsky et al., 2007).

O simbolismo das práticas corporais que, em um passado recente, vinculava-se à identidade cultural aglutinadora de grupos e pessoas, à dimensão lúdica e ao prazer proporcionado a cada um deles, tem perdido espaço na vida contemporânea. Não seria equivocado afirmar que, na ótica de certas agendas governamentais, a inclusão de (programas de) atividades físicas como ação de política pública surge como ‘remédio amargo’, porém ‘obrigatório’, no combate aos males e agravos que – segundo anunciam os discursos oficiais – contabilizam ‘gastos inaceitáveis’ para os cofres públicos. Há uma clara tentativa de se estabelecer convencimento argumentativo por meio de inferências causais reducionistas, ancorada, a priori, em uma lógica econômica que, curiosamente, sobrepõe e antecede as próprias preocupações com a saúde da população (Bagrichevsky et al., 2007).

Diversos autores têm questionado a orientação ‘verticalizada’ das propostas vinculadas à suposta vida saudável (Nogueira, 2001; Costa, 2004; Castiel e Alvarez-Dardet, 2007; Pedraz, 2007). Tal viés, norteador por um imperativo ascético de constituição física, se mostra cada vez mais cercado por implicações de essência moral: à ‘sem-vergonhice’ do sedentário deve-se antepor a virtuosa opção por um comportamento salutar, socialmente idealizado.

Examinadas sob essa perspectiva, as mensagens campanhistas que intencionam

promover saúde, priorizando mudanças de comportamento, também podem ser vistas como estratégias ímpares para o exercício do biopoder: porque envolvem disciplina e normas de conduta que têm por objetivo ‘fomentar’ uma ‘boa qualidade de vida’ e interferir nas escolhas pessoais, informando sobre como alcançar os estilos de vida saudáveis (Coveney, 1998; Gastaldo, 2002).

As análises aqui empreendidas, ao extrapolarem os limites disciplinares aportados nas investigações ortodoxas da área da saúde, talvez permitam suscitar outras inquietações para alargar as fronteiras de problematização desse intrincado quadro normativo de ações científico-rationais que têm: i) instituído retóricas, posturas e estratégias (também) no campo sanitário; ii) subsidiado a formulação de políticas públicas; e iii) impulsionado (in) diretamente a lucratividade de megaconglomerados transnacionais da indústria médico-farmacêutica e do mercado da cosmética, da moda, do *fitness* e do entretenimento, mobilizando cifras inimagináveis.

A envergadura do debate, que abrange questões delicadas de natureza epistemológica, ético-política e moral, impõe uma revisão urgente dos objetivos e fundamentos de estudos epidemiológicos e propostas de promoção da saúde, ancorados na perspectiva de demonizar o sedentarismo. Principalmente, porque tais iniciativas se materializam desconsiderando outros enfoques cruciais, como o das iniquidades sócio-sanitárias.

A nós, parece de vital importância fazer com que esse tipo de crítica alcance e frequente as instâncias governamentais de gestão das políticas de saúde, para que sejam reexaminados os processos de construção e disseminação de interpretações tendenciosas sobre ‘condutas insalubres’, uma vez que atingem perversamente a convivência em coletividade e nos distanciam de um cotidiano cultural da saúde mais humanizado.

Fortemente entrelaçada a essas produções subjetivas, a aversão aos chamados comportamentos de risco à saúde, entre os quais figura o sedentarismo, se constitui cada vez mais na obrigação moral predominante, articulada à *expertise* controladora tecnocientífica. Tal panorama alimenta o ambiente de hipervigilância e de suspeita que vigora em vários níveis da vida atual (Van Loon, 2002).

O contexto assinalado revitaliza a necessidade de pôr em discussão as normas universais prescritivas, imbricadas em discursos sobre vida saudável e sedentarismo; de problematizar os lugares de onde partem e suas redes de interesses que, ao povoarem o que é deles mostrado em público, os tornam referências atrativas para determinados grupos de receptores imaginados.

Cabe considerar que outras referências sócio-discursivas são, de certo modo, marginalizadas e/ou descartadas na grande circulação dos veículos comunicacionais, pois poderiam representar alternativas mais adequadas de balizamento para escolhas pessoais e coletivas quanto aos modos de viver e lidar com a própria saúde. Sem dúvida, esse jogo desigual de tensões em disputa interfere subjetivamente nas decisões acerca do que (e

quanto) comemos; se devemos ou não fumar, ingerir bebidas alcoólicas, fazer exercícios físicos. Nas palavras de Paulo Vaz e colaboradores, “é urgente, pois, refletir sobre que tipo de vida está sendo construído por esses alertas sobre os perigos que estariam à espreita em nossos hábitos e que pode[ria]m se concretizar num futuro remoto” (Vaz et al., 2007, p. 145).

Os efeitos colaterais dessa ideologia neo-higienista espraiam-se na sociedade informacional pós-moderna como uma ‘pandemia moralizante’ (Campos et al., 2006). Formas pouco adequadas de enfrentar os problemas do mundo real, incluindo os da saúde, balizadas predominantemente em ‘recomendações científicas’, podem resultar da incapacidade dos atores sociais em interpretar as aporias labirínticas da ciência que, muitas vezes, estabelece as prerrogativas de entendimento apenas aos seus iniciados.

Diferente da lógica dominante, sob a qual parte significativa das produções epidemiológicas tem se assentado, a noção de risco, na perspectiva das Ciências Humanas e Sociais, acolhe uma polifonia de significados culturais – e de práticas a ela associadas – interpretados conforme as respectivas ambiências socioeconômicas, políticas, históricas, a partir das quais diferentes ‘tipos de risco’ são gerados (Douglas, 1985). A riqueza dessa tradição analítica também reside em sua capacidade de incluir os processos de subjetivação que norteiam e amoldam formas de controle/poder, conectadas às retóricas sobre riscos à saúde que circulam na ciência e nas mídias.

Se o perfil de alguns estudos epidemiológicos fosse redimensionado, elegendo como categorias prioritárias de análise, por exemplo, os contrastes econômicos, laborais, educacionais e étnicos, há muito presentes na realidade brasileira, poderiam emergir outras percepções valiosas quanto aos chamados comportamentos de risco à saúde. Tal como no caso da pesquisa de Mossakowski (2008), ao demonstrar que ‘pobreza’ e ‘desemprego’, mantidos por longo tempo, é que representam ‘fatores de risco’ para o uso intensivo de bebidas alcoólicas, independente de gênero, idade, etnia ou estado civil.

Os mecanismos de gestão individual e coletiva dos riscos que fazem parte de nossa existência já não são mais os mesmos de tempos atrás e relacionam-se às profundas e ambíguas mudanças sócio-estruturais em curso no mundo – contexto no qual o conhecimento científico vem ganhando *status* de ‘autoridade autoinstituída’. As investigações epidemiológicas não podem perder de vista a influência desempenhada por significações, normas e valores culturais vigentes nessa dimensão concreta onde se insere o próprio pesquisador e o conhecimento que ele (re)produz.

Referências

- ALMEIDA FILHO, Naomar. **A clínica e a epidemiologia**. Salvador: APCE/Abrasco, 1992.
- AYRES, José Ricardo. Sobre o risco: para compreender a Epidemiologia. 3. ed. São Paulo: Hucitec, 2008.
- BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto. Sedentarismo, nós e

- o mundo (im)possível no contexto da ciência. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, p. 862-864, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v41n5/carta.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- BARATA, Rita. Epidemiologia no século XXI: perspectivas para o Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 2, n. 1-2, p. 6-18, 1999. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v2n1-2/02.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- BAUMAN, Zygmunt. **Daños colaterales: desigualdades sociales en la era global**. Trad. Lilia Mosconi. Madrid: Fondo de Cultura Economica, 2011.
- BREILH, Jaime. La sociedad, el debate de la modernidad y la nueva epidemiologia. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 1, n. 3, p. 207-233, 1998. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v1n3/02.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- BUCHANAN, David. Moral reasoning as a model for health promotion. **Social Science and Medicine**, v. 63, p. 2715-2726, 2006.
- BIRMAN, Joel. A clínica, entre saber e poder. **Physis: Revista de Saúde Pública**, v. 7, p. 7-11, 1997. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v7n1/01.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- CAMPOS, Paul et al. The epidemiology of overweight and obesity: public health crisis or moral panic? **International Journal of Epidemiology**, v. 35, p. 55-60, 2006.
- CASTIEL, Luis David; ALVAREZ-DARDET, Carlos. A saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- COLARES, Viviane; FRANCA, Carolina; GONZALEZ, Emília. Condutas de saúde entre universitários: diferença entre gêneros. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 521-528, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/07.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- COSTA, Jurandir Freire. **O vestígio e a aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. Rio de Janeiro: Garamond, 2004.
- COVENEY, John. The government and ethics of promotion health: the importance of Michel Foucault. **Health Education Research**, v. 13, p. 459-468, 1998.
- DELEUZE, Gilles. **Postscript on the societies of control**. Pouparlets: Columbia University Press, 1990.
- DOUGLAS, Mary. Risk acceptability according to the social sciences. New York: Russel Sage Foundation; 1985.
- FOUCAULT, Michel. **A ordem do discurso**. Trad. Laura de Almeida Sampaio. 11. ed. São Paulo: Loyola, 2004.
- GASTALDO, Denise. É a educação em saúde 'saudável'? Repensando a educação em saúde através do conceito de bio-poder. In: MERCADO, Francisco; GASTALDO Denise; CALDERÓN, Carlos (orgs). **Paradigmas y diseños de la investigación cualitativa em salud**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara, 2002. p. 345-373.
- GRACIANO, Miriam. **Epidemiologia como fenômeno: o pensar e o fazer ciência na perspectiva dos epidemiologistas**. Tese (Doutorado em Medicina Preventiva) - Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.
- KOHL, Harold et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. **The Lancet**, v. 380, n. 9838, p. 294-305, 2012.
- LUPTON, Deborah. Risk as moral danger: the social and political functions of risk discourse in public health. **International Journal of Health Services**, v. 23, p. 425-435, 1993.
- LUPTON, Deborah. **The imperative of health: public health and the regulated body**. London: Sage, 1995.
- _____. **Risk**. London: Routledge, 1999.

- LUPTON, Deborah; CHAPMAN, Simon. A healthy lifestyle might be the death of you: discourses on diet, cholesterol control and heart disease in the press and among the lay people. **Sociology of Health and Illness**, v. 17, p. 477-494, 1995.
- MITJAVILA, Miriam. O risco como recurso para arbitragem social. **Tempo Social**, v. 14, n. 2, p. 129-145, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ts/v14n2/v14n2a07.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- MOSSAKOWSKI, Krysia. Is it duration of poverty and unemployment a risk factor for heavy drinking? **Social Science and Medicine**, v. 67, p. 947-955, 2008.
- NOGUEIRA, Roberto Passos. Higiomania: a obsessão com a saúde na sociedade contemporânea. In: VASCONCELOS, Eymar Mourão (org.). **A saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede educação popular e saúde**. São Paulo: Hucitec; 2001. p. 63-72.
- PEDRAZ, Miguel Vicente. La construcción de una ética médico-deportiva de sujeción: el cuerpo preso de la vida saludable. **Salud Pública de México**, v. 49, n. 1, p. 71-78, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v49n1/a10v49n1.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- PHILLIPS, Lynne; ILCAN, Suzan. Responsible expertise. **Critique Anthropology**, v. 27, p. 103-126, 2007.
- POSSAS, Cristina. **Epidemiologia e sociedade: heterogeneidade estrutural e saúde no Brasil**. São Paulo: Hucitec, 1989.
- ROBERTSON, Ann. Biotechnology, political rationality and discourses on health. **Health**, v. 59, p. 293-309, 2001.
- SEGURADO, Rosemary. **Sociedade de controle: o bio-midiático-poder**. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) - Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2002.
- SIBILIA, Paula. Tiranias do “software humano”: redefinições de saúde e doença. **Logos**, v. 11, n. 20, p. 41-60, 2004. Disponível em: <<http://www.logos.uerj.br/PDFS/anteriores/logos20.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- SILVA, Maria Aparecida. Trabalho e trabalhadores na região do “mar de cana e do rio de álcool”. **Agrária**, v. 2, p. 2-39, 2005. Disponível em: <http://www.geografia.flch.usp.br/revistaagraria/revistas/2/silva_mam.pdf> Acesso em: 20 set. 2012
- TULLOCH, John; LUPTON, Deborah. **Risk and everyday life**. London: Sage, 2003.
- WELCH, H. Gilbert, SCHWARTZ, Lisa; WOLOSHIN, Steven. **Overdiagnosed: making people sick in the pursuit of health**. Boston: Beacon Press, 2011.
- WILLIAMS, Paul. The illusion of improved physical fitness and reduced mortality. **Medicine and Science in Sports and Exercise**, v. 35, n. 5, p. 736-740, 2003.
- VAN LOON, Joost. **Risk and technological culture: towards a sociology of virulence**. London: Routledge, 2002.
- VAZ, Paulo et al. O fator de risco na mídia. **Interface**, v. 11, n. 21, p. 145-153, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/v11n21/v11n21a13.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012
- VAZ, Paulo. Mídia, moralidade e fatores de risco em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 25, p. 472-473, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n3/01.pdf>> Acesso em: 20 set. 2012

Recebido em 22/07/2012

Aprovado em 15/08/2012