

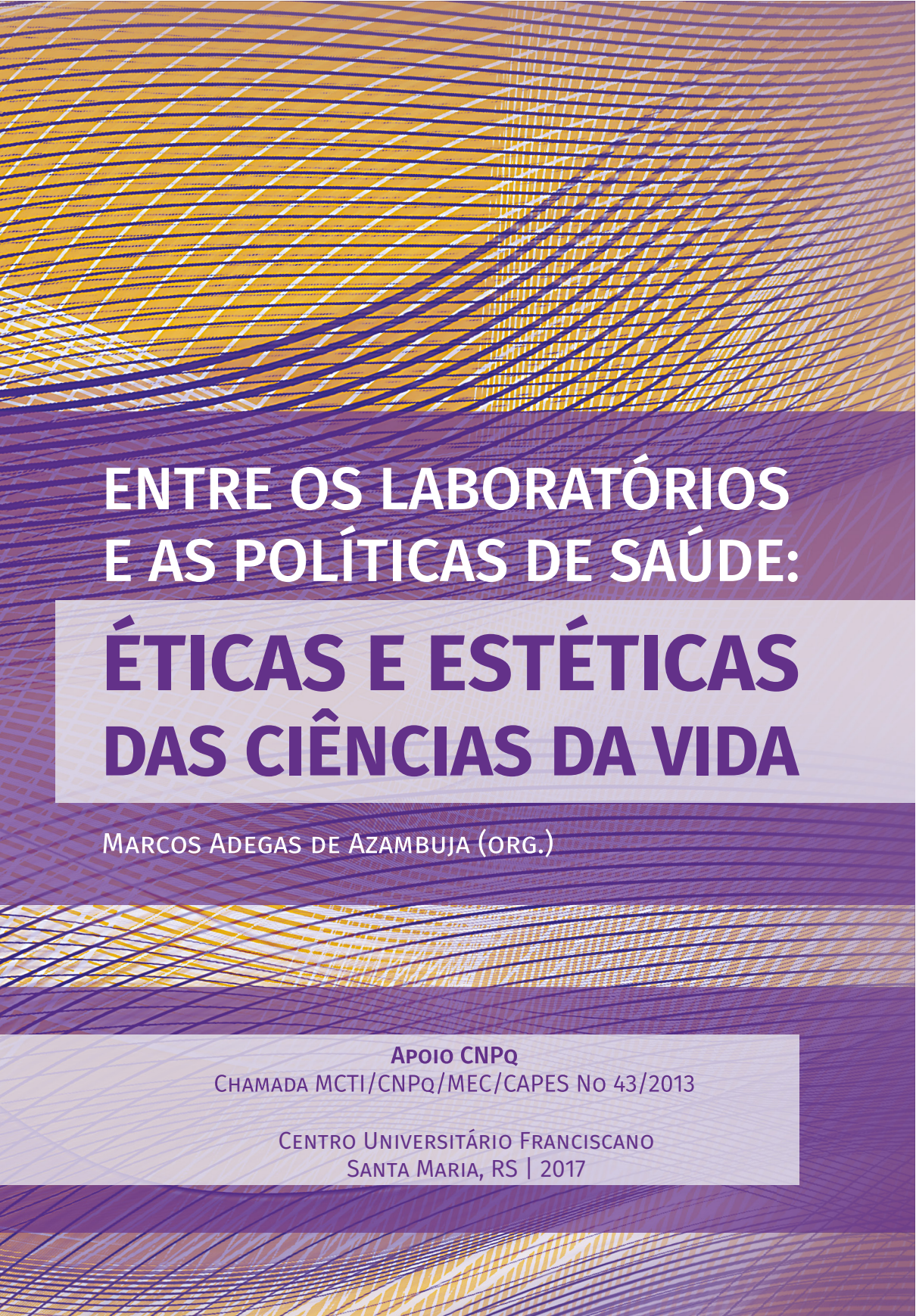


ENTRE OS LABORATÓRIOS  
E AS POLÍTICAS DE SAÚDE:

**ÉTICAS E ESTÉTICAS  
DAS CIÊNCIAS DA VIDA**

MARCOS ADEGAS DE AZAMBUJA (ORG.)





**ENTRE OS LABORATÓRIOS  
E AS POLÍTICAS DE SAÚDE:  
ÉTICAS E ESTÉTICAS  
DAS CIÊNCIAS DA VIDA**

MARCOS ADEGAS DE AZAMBUJA (ORG.)

**APOIO CNPq**  
CHAMADA MCTI/CNPq/MEC/CAPES No 43/2013

CENTRO UNIVERSITÁRIO FRANCISCANO  
SANTA MARIA, RS | 2017



**ORGANIZADOR**

Marcos Adegas de Azambuja

**COMISSÃO EDITORIAL**

Adriane Roso – UFSM

Arthur Arruda Leal Ferreira – UFRJ

Aline Accorssi – Unilassale/Canoas

Betina Hilleshein – UNISC

João Leite Ferreira Neto – PUCMG

Simone Maria Hunning – UFAL

**COORDENAÇÃO EDITORIAL**

Salette Mafalda Marchi

**CAPA E PROJETO GRÁFICO**

Cristal Boucinha Bernardi

**REVISÃO GRAMATICAL  
E LINGUÍSTICA**

Janette Mariano Godois

**SECRETARIA**

Cinara de Cássia Paze Valente

E61

Entre os laboratórios e as políticas de saúde: éticas e estéticas das ciências da vida / Marcos Adegas de Azambuja (org.) – Santa Maria, 2017.  
217 p. : il. ; 16x23 cm

ISBN: 978-85-7909-081-3

1.Saúde mental 2. Psicologia I. Azambuja, Marcos Adegas de

CDU 616.89

Elaborada pela Bibliotecária Eunice de Olivera CRB/10 – 1491





# SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO • 6

PREFÁCIO • 10

**CAPÍTULO 1 • 18**

Democracia nas ciências da vida contemporânea

**CAPÍTULO 2 • 42**

Perspectivas históricas e éticas da neuroimagem moderna

**CAPÍTULO 3 • 70**

Imposturas epistemológicas: notas para uma aproximação entre psicologia social e neurociências

**CAPÍTULO 4 • 92**

Epistemologia, ética e ciência: uma reflexão sobre os fundamentos da ética tecnológica

**CAPÍTULO 5 • 110**

As práticas diagnósticas nos campos psi: diálogos biopolíticos

**CAPÍTULO 6 • 130**

É tempo de os estrangeiros voltarem para a casa: o duplo loucura e cidadania

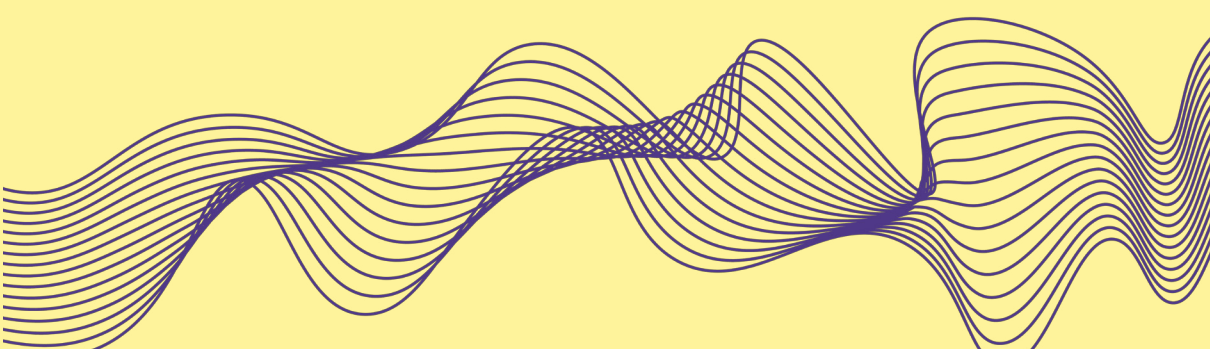
**CAPÍTULO 7 • 154**

A política de saúde do envelhecimento ativo: a construção de um “novo paradigma” para uma sociedade que envelhece

**CAPÍTULO 8 • 192**

Videogames: dispositivos de saúde mental?

**SOBRE OS AUTORES • 214**





# APRESENTAÇÃO

A publicação deste livro foi possível, por um lado, pelo apoio financeiro do CNPq no projeto de pesquisa intitulado *Saúde Cerebral: Redes Sociotécnicas entre Saúde Mental, Ciências do Cérebro e Sistema Único de Saúde* (Chamada MCTI/CNPq/MEC/CAPES N° 43/2013). Por outro lado, este material floresceu não somente deste projeto: antes de se ater exclusivamente aos resultados da pesquisa, este livro traz uma perspectiva mais ampliada sobre o campo das ciências do cérebro e saúde mental.

Essa capacidade de abrangência se deve pelo tempo de envolvimento na temática, que se iniciou em 2008 com meus estudos de doutoramento – *Da alma para o corpo e do corpo para o cérebro: os rumos da Psicologia com as Neurociências* (AZAMBUJA, 2012) – e pela rede de relações que se estabeleceram desde então. Os capítulos dos autores internacionais são o fruto de parcerias que se criaram na oportunidade da mobilidade acadêmica de estágio doutoral no exterior. Os autores nacionais englobam a coordenação e colegas que circularam pelo grupo de pesquisa ‘Estudos Culturais e Modos de Subjetivação – Núcleo e-politics (Estudos em Políticas e Tecnologias Contemporâneas de Subjetivação) – UFRGS’, que se encontram em distintas instituições de ensino superior no Brasil, e colegas da Psicologia e de outras áreas, como Filosofia, Antropologia, Sociologia, da cidade de Santa Maria/RS. Enfim, o livro serve como ferramenta para o fortalecimento de uma rede dentro de um campo de estudos.

Assim, a partir de pesquisas de referência na área da Saúde Mental e Coletiva que contribuíram para a construção de estratégias e ações em políticas públicas, no estudo intitulado *Saúde Cerebral: Redes Sociotécnicas entre Saúde Mental, Ciências do Cérebro e Sistema Único de Saúde* (Chamada MCTI/CNPq/MEC/CAPES N° 43/2013), pretendeu-se estudar as relações entre as práticas de saúde mental e neurociências no campo das políticas públicas no contexto do Sistema Único de Saúde (SUS). Como o avanço das ciências do cérebro torna-se cada vez mais evidente nas práticas em saúde, propôs-se, neste trabalho, mapear as relações históricas entre as práticas em saúde mental e as neurociências e suas articulações na constituição do SUS, problematizar como essa relação produz processos de subjetivação nas formas de cuidado à saúde de profissionais e usuários envolvidos e investigar

como essa relação opera uma articulação em termos de políticas públicas e sua relação com o conceito de saúde mental.

A experiência do projeto nos permitiu perceber como a lógica dos medicamentos e da modulação cerebral produz a prática de profissionais e usuários dos serviços de saúde mental, desde a infância – CAPS infantil, escola e família – até os usuários considerados cronicados. Um aspecto importante a se considerar foi a possibilidade de descrever a produção de um sujeito usuário do sistema de saúde mental que passa pelo circuito de cuidados dos serviços e de outras redes e constitui um quadro patológico que escapa à precisão médico psiquiátrica, devido, principalmente, aos efeitos dos medicamentos prescritos. Enfim, os medicamentos e as práticas de cuidado não normalizam, mas colocam o sujeito em um estado de apaziguamento ou degeneração mental e corporal que o mantém como objeto de cuidado e tratamento. Vale ainda mencionar os estudos empreendidos em um laboratório de neurociência e destacar as relações não visibilizadas pelos próprios pesquisadores do laboratório de seus trabalhos com o campo da saúde e saúde mental. Isso nos levou à discussão sobre as relações entre ciência e política e um suposto distanciamento desses âmbitos, descrevendo, ao contrário, as relações diretas entre as pesquisas de laboratório e o jogo de interesses entre mercado, indústria farmacêutica, universidade, políticas públicas, agências de fomento etc.

Acreditamos que nossa contribuição para as políticas públicas se refere ao campo da saúde mental, mais especificamente na cidade de Santa Maria, no sentido de que a incursão etnográfica nos diversos serviços de saúde mental permitiu-nos abrir um espaço de escuta e problematização junto aos profissionais e usuários do SUS. A estratégia etnográfica aliada ao pensamento foucaultiano nos levou a buscar, em um trabalho conjunto com os participantes da pesquisa, alternativas para os entraves no âmbito da medicalização da vida, das noções de saúde e doença, das diferenças no trabalho em equipe e da criação de redes de cuidado. Pode-se dizer que a maior contribuição por meio desse espaço de escuta e questionamentos dos processos de trabalho foi o movimento dos profissionais da saúde mental para práticas clínicas para fora dos próprios serviços, ou seja, deslocar-se da perspectiva ambulatorial, hospitalocêntrica e medicamentosa.



Nesse contexto, o empenho das equipes se voltava mais para a relação do usuário com a cidade e sua vida do que com o serviço de saúde mental.

Após essa breve contextualização, gostaria de agradecer a todas e todos envolvidos na pesquisa e execução do livro, em especial, a todas as bolsistas de iniciação científica que já me acompanharam: Bhárbara Alves Agnoletto, Patrícia da Costa, Fernanda Cavalheiro dos Santos, Joyce Both, Greice Godoy dos Santos, Larissa Moraes Moro, Luisa Somavilla, Vitória Rosa Cougo, Amanda da Rocha Corrêa. Sem dúvida, isso não se concretizaria sem esse auxílio e espaço de afetação. Muito obrigado!

Aos leitor@s, o desejo de um livro que os desafie. Bom proveito!

**Marcos Adegas de Azambuja**

The image features a solid purple background. At the top, there are several thick, wavy yellow lines that flow from left to right. At the bottom, there are several thin, wavy white lines that also flow from left to right. In the center of the page, the word "PREFÁCIO" is written in a bold, white, sans-serif font.

# PREFÁCIO

Santa Maria, 12 de maio de 2017.

Talvez se eu tivesse recebido o convite para escrever esse prefácio em meus anos de graduação e/ou mestrado, além da falta de maturidade (que também é do tempo *chronos*), a leitura desse livro teria me causado um estranhamento, provavelmente pelo *zeitgeist*, para além da rápida mudança tecnológico-social dos últimos vinte anos. Em outras palavras, acredito que este livro nos encontre naquilo que os gregos chamavam de *kairós*, ou seja, no tempo oportuno.

Essa afirmação se embasa em minha leitura do panorama epistemológico da área, comparando-a com a leitura que faço do cenário de duas décadas atrás, quando ingressei na graduação em psicologia. As reflexões apresentadas em muitos dos escritos deste livro vêm ao encontro de muitas das que faço sobre nosso panorama atual, em que o recrudescimento de posições biologizantes alinhadas às *bioestratégias* que capitaneiam o *neuro-discurso* colocam em cheque a necessidade de uma noção de sujeito para a psicologia, particularmente no campo da saúde mental. Nem o mais pessimista dos pensadores da psicologia de décadas atrás poderia pensar que tão rapidamente a pessoa fosse tornar-se tão supérflua para a organização de um novo discurso de validade científica da psicologia, baseado em elementos de redução do humano aos processos epigenéticos e neurobiológicos.

Muitos dos avanços ético-epistemológicos conquistados desde as chamadas “virada linguística”, “virada cultural”, “clínica ampliada” vêm sendo atacados por movimentos totalizantes de caráter (neo)positivista de maneira bem mais contundente do que fizeram em outros momentos de crise epistemológica, como ocorreu nos anos 1920 (com o comportamentalismo radical) ou 1960 (com a chamada revolução cognitiva). Em nenhum desses momentos, em que o campo das relações de poder da área pendeu assimetricamente para uma posição majoritariamente empiricista, objetivista, materialista e ou preditivista, houve tamanho descarte da noção de sujeito. Nenhum desses movimentos de outrora conseguiu organizar um marco tão poderosamente perfilado ou tão oportunamente usado pelos movimentos anti-democráticos do capitalismo de agora para a diminuição das estratégias

de resistência ou de reinvenção daquilo que foi o mais caro de nossos focos de discussão: o sujeito.

Assim, seja diretamente no campo da saúde mental, seja na discussão dos movimentos atuais da democracia, do uso das tecnologias de informação e comunicação, das neurociências ou dos processos de exclusão cidadã, as reflexões que integram este livro são mais do que bem-vindas: são necessárias. A reflexão apresentada pelo grupo de colegas de diferentes partes do Brasil e da Europa é um convite a repensarmos a relação da área com o campo da saúde mental, mas também a própria existência da área na conjuntura atual. Parece evidente que esses mesmos movimentos, aos quais se acopla a psicologia numa estratégia de legitimação pelo retorno ao positivismo biologizante, serão os movimentos que mais operarão para construir a obsolescência da psicologia (ao menos daquela anti-pedagógica).

No capítulo “DEMOCRACIA NAS CIÊNCIAS DA VIDA CONTEMPORÂNEAS”, Nikolas Rose discute a noção de democracia e como ela atravessa/constrói as definições de ciências humanas ou, nas palavras do autor, “ciências das vidas contemporâneas”. O autor usa essa expressão porque a própria definição de ciências humanas, muitas vezes, fica aquém das construções atuais do conhecimento sobre as possibilidades de vida contemporâneas, marcadamente pelo impacto da tecnologia e das ideologizações que a democracia carrega, como a “cidadania científica”, por exemplo.

Já no capítulo “PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E ÉTICAS DA NEUROIMAGEM MODERNA”, Fernando Vidal apresenta uma discussão teórico-ética no campo das neurociências, da neuroética e das neuroimagens em particular. Dado seu status de cientificidade, essa técnica passa a rivalizar com a produção de conhecimento tradicionalmente vinculado às humanidades, de forma a revitalizar explicações neurobiológicas, de caráter totalizante, sobre fenômenos do campo subjetivo humano. Vidal nos alerta para a expansão da neuroimagem e sua conexão com a neuroética que também podem ser traçadas por meio do surgimento de programas institucionais e de investigação, cujos nomes, que vão desde neuroestética até neuroteologia, passando por neuroantropologia, neuroeconomia, neuroeducação, neurohistória, neurodireito, neuropsicanálise e outros, combinam o prefixo

neuro com o nome de uma ciência humana ou social. Dentro dessas ciências, a "virada neurocientífica".

Em "IMPOSTURAS EPISTEMOLÓGICAS: NOTAS PARA UMA APROXIMAÇÃO ENTRE PSICOLOGIA SOCIAL E NEUROCIÊNCIAS", Marcos Adegas e Fernanda Cavalheiro dos Santos começam com o seguinte questionamento: Seria possível um diálogo entre Ciências da Vida e Ciências Sociais e Humanas ou seriam estes dois campos eternamente afastados? E optam por levar essa discussão para sua leitura do que poderia ser a Psicologia Social, como campo crítico de intersecção analítica. Salientam, em sua análise de implicação (pessoal, disciplinar e, principalmente epistemológica), que o distanciamento, a formalidade e a ética tradicional de pesquisa pertenceriam a um coletivo (técnico-contextual) de circunstâncias da prática de pesquisa em Psicologia Social que configuram um pesquisar *sobre* os outros. Esses aspectos estão entrelaçados à era cartesiana, ou melhor, aos postulados da filosofia moderna tais quais o racionalismo e seus derivados – positivismo, idealismo e associacionismo –, bem como ao cientificismo que perdura até hoje, não muito diferente do que concerne às ciências biológicas, ainda que com caminhos diferentes (mesmo que paralelos). O avanço das Neurociências desloca certas unidades discursivas que já haviam se naturalizado, obrigando, de uma forma ou de outra, um rearranjo do próprio campo científico disciplinar.

Para além de uma leitura de que o discurso neuro tem um caráter eminentemente reducionista, os autores argumentam que eles poderiam ser mais bem caracterizados como *processos produtivos*, reinventando e transformando muito do instituído, uma vez que defendem que os mecanismos de poder não são pobres, monótonos e repetitivos em suas táticas.

No capítulo "EPISTEMOLOGIA, ÉTICA E CIÊNCIA: UMA REFLEXÃO SOBRE OS FUNDAMENTOS DA ÉTICA TECNOLÓGICA", Marcos Alexandre Alves defende que, na atualidade, os questionamentos e as reflexões éticas se tornaram fundamentais, especialmente por tudo o que a tecnologia potencialmente representa. Dessa forma, apresenta sua argumentação sobre a necessidade de propormos análises numa ética tecnológica que ajude a reprimir sua potência negativa (de controle e destruição, por exemplo) e faça avançar a

positiva (a que defende a vida). Os avanços e desdobramentos tecnológicos na área da saúde, por exemplo, são discutidos em termos que possibilitem estabelecer limites legítimos e justificáveis que estimulem a ciência e a tecnologia, mas que restrinjam as intervenções que possam alterar ou destruir a vida. Trata-se de uma ética que promova a defesa de uma nova cultura científica que não se restrinja apenas ao cálculo e a coletas de fatos, mas que envolva o cientista como pessoa inteira, nas palavras de Alves.

No quinto capítulo, “REFLEXÕES SOBRE VIDAS MEDICALIZADAS: UMA APROXIMAÇÃO AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL”, Antônio Bolis de Oliveira Neto e Félix Miguel Nascimento Guazina discutem que a oferta “privilegiada” de um tratamento psicofarmacológico em detrimento de outras formas de cuidado em saúde mental (particularmente aquelas mais atreladas aos campos éticos da clínica psicológica) pode estar atrelada a diversos fatores, como a viabilidade econômica em comparação com outros tratamentos, a influência da indústria farmacêutica, a falta de recursos humanos nos serviços de saúde (também atrelada às diversas formas de precarização do trabalho), entre outros. Além disso, destacam que atualmente o sofrimento humano é alvo de um elaborado conjunto de programas, políticas, serviços e práticas, que tem provocado debates e lutas entre diferentes classes profissionais. Nesse cenário, entendem que a psicopatologia se impõe como linguagem principal para exprimir o sofrimento mental, relacional e social, e o tratamento farmacológico integrou-se ao cotidiano da vida contemporânea.

Em “É TEMPO DE OS ESTRANGEIROS VOLTAREM PARA A CASA: O DUPLO LOUCURA E CIDADANIA”, Karla Gomes Nunes, Neuza Maria de Fátima Guareschi e Anita Guazzelli Bernardes apresentam uma ampla e cuidada reflexão sobre o processo da Reforma Psiquiátrica brasileira. Partem das discussões sobre as práticas alienistas – nas quais se despe o sujeito louco da condição de possível cidadania – para as práticas propostas pela Reforma, na qual se almeja aproximar a loucura da cidadania. O texto apresenta uma reflexão no caminho de compreender o modo como a aproximação entre loucura e cidadania torna-se possível e os efeitos em termos de formas de subjetivação, ou seja, um tipo ou foco de experiência no qual se sobrepõem regimes de verdade, normativas de comportamento e existências possíveis, em uma análise foucaultiana.

No sétimo capítulo, intitulado “A POLÍTICA DE SAÚDE DO ENVELHECIMENTO ATIVO: A CONSTRUÇÃO DE UM “NOVO PARADIGMA” PARA UMA SOCIEDADE QUE ENVELHECE”, Francis Moraes de Almeida e Monalisa Dias de Siqueira discutem as políticas sócio-sanitárias implicadas na (re)produção de discursos sobre o “novo” envelhecimento, ou seja, a construção discursiva, no campo das políticas, sobre o envelhecimento ativo. Ao longo do texto, os autores discutem a constituição e a organização do sistema de saúde brasileiro que, ao mesmo tempo em que apregoa certa idealização dos modelos centrados no Estado de Bem-Estar, se orienta, praticamente, por um corte Liberal afinado com diretrizes e orientações propostas em nível nacional e internacional. O texto chama a atenção para as formas como tais políticas operam sobre a população idosa. Políticas essas que se propõem a construir sujeitos responsáveis por envelhecer de um modo ativo e saudável. Nesse contexto, os autores propõem uma reflexão sobre como as políticas de saúde poderiam produzir sujeitos e modos de envelhecer, ao mesmo tempo em que são produzidas por eles/elas.

O texto “VIDEOGAMES: DISPOSITIVOS DE SAÚDE MENTAL?” é de autoria de Carlos Baum e Cleci Maraschin. Nesse capítulo, os autores apresentam uma reflexão sobre uma série de experiências práticas no campo da saúde mental como estratégias de produção de caminhos existenciais em que a tecnologia joga um papel particularmente estratégico no campo da liberdade e da ressignificação das relações pautadas pela psiquiatria manicomial. O relato acompanha itinerários da experiência de jogadores, a maioria deles iniciantes em videogames, em oficinas realizadas no Centro Integrado de Atendimento Psicossocial (CIAPS) do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP), em Porto Alegre, no Projeto Oficinando em Rede. O objetivo tem sido criar e pesquisar modos de inserção de tecnologias da comunicação e informação (TIC) nos serviços de atenção à saúde mental, bem como avaliar seus efeitos na constituição desses serviços e na direção do trabalho junto aos seus sujeitos (trabalhadores e usuários). Ao colaborarem na construção de possibilidades de oficinas terapêuticas, presentes nos aparelhos de assistência à loucura desde há muito tempo, passaram (e passam) por uma série de reformulações que têm lhes permitido deslocarem-se de um lugar de entretenimento e

ocupação do tempo ocioso para um espaço de expressão e de criação, na palavra dos autores.

Assim, além do prazer em ler em primeira mão o material organizado pelo professor Marcos Adegas de Azambuja, reitero, nestas linhas, a particular relevância da discussão no momento e convido a todos a refletirem com os autores e autoras sobre as possibilidades éticas da existência em nosso momento.

Boa Leitura!

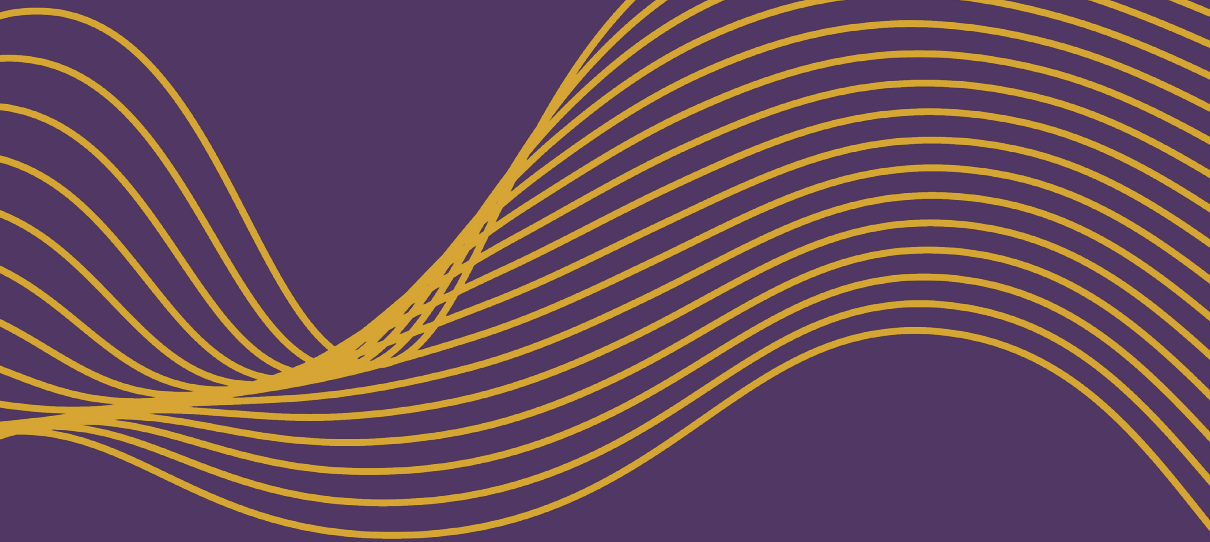
**Adolfo Pizzinato**

Programa de Pós-graduação em Psicologia

Programa de Pós-graduação em Serviço Social

PUCRS







# CAPÍTULO 1

## DEMOCRACIA NAS CIÊNCIAS DA VIDA CONTEMPORÂNEA <sup>1 2</sup>

**NIKOLAS ROSE <sup>3</sup>**

---

<sup>1</sup> Uma versão desta palestra foi publicada em alemão em M. Hagner (Ed.) 'Wissenschaft und Demokratie', Berlin: Suhrkamp, 2012.

BioSocieties (2012) 7, 459–472. doi:10.1057/biosoc.2012.26; publicado online em 26 de novembro de 2012.

<sup>2</sup> Tradução Luisa Somavilla e Marcos Adegas de Azambuja. Revisão técnica: Marcos Adegas de Azambuja.

<sup>3</sup> Department of Social Science, Health and Medicine, School of Social Science and Public Policy, King's College London, Strand, London WC2R 2LS, UK. E-mail: nikolas.rose@kcl.ac.uk

Na manhã do dia 13 de junho de 2011, o programa de notícias 'Today', da rádio BBC, transmite a seção de ciência. Como é corriqueiro na versão das 6:50 da manhã, geralmente reporta inovações que um comunicado de imprensa de alguma universidade alega poder fazer em nossas vidas.<sup>1</sup> Esses comunicados frequentemente resultam de experimentos preliminares com 18 ratos, que colocam o pobre pesquisador na complicada posição de defender a alegação de uma iminente relevância clínica aos humanos. Mas, nesse dia, a seção de ciência foi diferente – foi sobre ciência mesmo. Ciência, disse o apresentador, deve ser aberta, transparente, confiável, autocrítica e assim por diante. Mas é? E por que a *Royal Society*, a mais antiga academia científica no planeta, está conduzindo uma investigação sobre a situação do debate científico?<sup>2</sup> Bem, o Presidente da investigação responde, o mundo mudou e a ciência deve mudar também. Isso se deve por seu enorme sucesso e impacto na vida cotidiana e também porque as sociedades democráticas perderam seus antigos hábitos de deferência, e os cidadãos não aceitam mais o velho clichê: 'confie em mim, eu sou cientista'. Portanto, em sociedades democráticas, a ciência precisa garantir a manutenção da confiança pública. E, para fazê-lo, deve 'engajar as pessoas' e tornar-se 'aberta', por exemplo, colocando os dados sobre os quais afirmações são feitas em domínio público para que possam ser verificados não somente por outros cientistas, mas, possivelmente, até mesmo pelos próprios membros da sociedade. Ciência aberta? Ciência democrática?<sup>3</sup>

---

<sup>1</sup> Esta é uma versão revisada e corrigida de um artigo, apresentado em uma versão mais breve, no evento Ciência e Democracia: um simpósio para marcar o 50º aniversário da morte de Ludwik Fleck (Science and Democracy: A symposium to commemorate the 50th anniversary of Ludwik Fleck's death) – o Simpósio Latsis 2011 – em Zurique, de 26 a 28 de maio de 2011. Conservei a apresentação oral nesta versão escrita.

<sup>2</sup> Os detalhes desse projeto, intitulado Ciência como um empreendimento público (Science as a Public Enterprise) podem ser encontrados em <http://royalsociety.org/policy/projects/science-public-enterprise/report/>. O professor Geoffrey Boulton, membro da Royal Society, lidera o Grupo de Trabalho. Aqui, cito-o de memória, e não literalmente.

<sup>3</sup> Certamente, há diferentes e talvez incompatíveis conceitos de ciência 'democrática' em jogo aqui. Em uma, a prática científica deve ser regulada, de alguma maneira, pela cidadania, e os cidadãos devem ser responsáveis por ela, mas ainda é criada por 'elites'. Em outra, as verdades da ciência devem ser, de alguma maneira, co-produzidas por e com os cidadãos – talvez por meio da abertura de dados, ou da confiança em uma 'ciência cidadã' e no trabalho de cientistas

O que aconteceu com as ciências na atualidade – de mudanças climáticas a neurociências, de nanotecnologia a biologia sintética – que elas transformaram-se em repositórios de esperanças e expectativas, frenesi e frustrações, associados a repetidas demandas por ‘engajamento’ do ‘público em geral’? Permita-me compartilhar alguns exemplos de minha própria experiência.

Recentemente, estive trabalhando com alguns dos maiores engenheiros biológicos e biólogos sistêmicos do Reino Unido a fim de desenvolver ‘biologia sintética’.<sup>4</sup> A condição do Conselho de Pesquisa em Engenharia e Ciências Físicas do Reino Unido para conceder o fomento de vários milhões de libras era que cientistas sociais estivessem envolvidos desde o início – ‘*upstream*’ – , como no jargão científico. Por isso, foi solicitado a meus colegas e a mim que escrevêssemos um relatório em nome da *Royal Society* do Reino Unido sobre a ‘governança’ da biologia sintética, apesar de a área estar em sua infância e haver dúvidas reais sobre se ‘engenheirar’<sup>5</sup>. A biologia, dessa maneira, será, em algum momento, considerada realista.<sup>6</sup> Já existem, como descobri, 29 relatórios sobre ética e governança em biologia sintética de conselhos de vários países, cada um com uma visão sobre as ‘preocupações do público’, e todos acabam dizendo a mesma coisa. Sou membro de diversos órgãos de organizações solenes como a Academia de Ciências Médicas e tenho trabalhado em questões como a regulação de experimentos que envolvem animais contendo materiais humanos –

---

amadores, que é tão predominante, de observação de pássaros até astronomia amadora. Esse aspecto foi discutido em um trabalho de Andrew Abott numa conferência em que o estudo foi apresentado. A ciência amadora, especialmente nas ciências da vida, produz um medo de certas consequências ‘anti-democráticas’ de pesquisas em ambientes não-regulados, livres do controle usual, assim como na apreensão quanto à DIY-bio e à biologia de garagem na área de biologia sintética.

<sup>4</sup> Este trabalho está a cargo do Centro de Biologia Sintética e Inovação (Centre for Synthetic Biology and Innovation). Mais detalhes podem ser encontrados em <http://www3.imperial.ac.uk/syntheticbiology>.

<sup>5</sup> N.T. O autor faz um jogo de palavras com *engineer*, utilizando o substantivo como verbo e sugerindo tornar a biologia mais próxima da engenharia, seguindo pressupostos similares aos do fazer científico da área.

<sup>6</sup> Este relatório sobre a governança transnacional da Biologia Sintética (*The Transnational Governance of Synthetic Biology*) pode ser encontrado em: [http://royalsociety.org/uploadedFiles/Royal\\_Society/Policy\\_and\\_Influence/2011-05-20\\_RS\\_BIOS\\_Transnational\\_Governance.pdf](http://royalsociety.org/uploadedFiles/Royal_Society/Policy_and_Influence/2011-05-20_RS_BIOS_Transnational_Governance.pdf).

ratos humanizados para testagem de medicamentos, primatas com genes humanos para susceptibilidade à doença de Parkinson.<sup>7</sup> Cada conselho é composto por cientistas, na ativa ou aposentados, filósofos, desenvolvedores de políticas, reguladores, e – sim – até mesmo cientistas sociais. Cada um é obrigado a desenvolver um programa de diálogo público – no Reino Unido, quem organiza esse processo é uma organização chamada ‘*Sciencewise*’, que se anuncia como centro nacional de diálogo público do Reino Unido em desenvolvimento de políticas e questões de tecnologia.<sup>8</sup> A *Sciencewise* foi estabelecida pelo governo do Reino Unido após um relatório da nossa Câmara dos Lordes, clamando por ‘um engajamento mais significativo entre cientistas, responsáveis pelo desenvolvimento de políticas, e o público, a respeito de questões científicas emergentes’.<sup>9</sup> Também sou membro do Conselho Nuffield de Bioética: ao que parece, todo país deve ter um conselho de bioética e cada um é responsável por considerar questões sociais, éticas, legais e regulatórias em torno das ‘biotecnologias emergentes’.<sup>10</sup> O que há com a ciência hoje em dia, e em particular com as ciências da vida e suas ‘tecnologias emergentes’, que demanda toda essa atividade? Se todas essas comissões, grupos de trabalho, relatórios e atividades são tentativas de alguma forma de solução, qual é o problema?

Esses aspectos são apenas uma dimensão das múltiplas forças que agora circundam o trabalho dos pesquisadores, buscando formatar os caminhos traçados, ou não traçados. Há, ainda, agências de fomento e a atual obsessão com o imperativo da translação – a pesquisa deve apoiar contínuas ‘inovações’ para enfrentar ‘desafios sociais’ – não somente para o bem-estar público como também para a competitividade nacional. Para esses financiadores, ao que parece, os cientistas somente podem justificar o recebimento de recursos públicos e beneficentes caso seja possível oferecer achados que muito em breve contribuirão à saúde e riqueza da nação. Esse imperativo tem amplo alcance. Na vida científica (SHAPIN, 2008), a obsessão com um

<sup>7</sup> O relatório sobre Animais contendo Material Humano (*Animals Containing Human Materials*) pode ser encontrado em: <http://www.acmedsci.ac.uk/p47prid77.html>.

<sup>8</sup> Para mais informações sobre a *Sciencewise*, visite [www.sciencewise-erc.org.uk](http://www.sciencewise-erc.org.uk).

<sup>9</sup> <http://www.sciencewise-erc.org.uk/cms/background>.

<sup>10</sup> Para mais informações sobre o Conselho Nuffield de Bioética, visite: [www.nuffieldbioethics.org](http://www.nuffieldbioethics.org).

*quid pro quo* entre investimento e conversão em propriedade intelectual e produtos vai de departamentos de transferência de tecnologia em universidades a capitalistas empreendedores. Em um famoso episódio em 1952, Jonas Salk foi entrevistado por Edward R. Murrow em rede nacional um dia após o anúncio de que a vacina da pólio desenvolvida por ele era segura e efetiva: quem tem a patente, perguntou Murrow. Salk respondeu: 'Bem, as pessoas, eu diria. Não há patente. Seria possível patentear o sol?' (SMITH, 1990).<sup>11</sup> Hoje, a situação pode ser melhor capturada pelo título de um 'plano de ação' de 2003 preparado pelo Ministro Dinamarquês de Pesquisa e Inovação: "Novos caminhos entre pesquisa e negócios – do pensamento à fatura" (*Fra tanke til faktura*).<sup>12</sup> O campo da pesquisa está agora traçado, previsto, delineado, seus horizontes estão verificados, sujeito a exercícios de previsão por uma infinidade de artifícios que buscam aconselhar empresas e investidores sobre os caminhos percorridos, que pesquisas desenvolvem, formatando os fatos e as explicações que adentram a verdade e as tecnologias que impactam, algumas vezes de maneira irreversível, nossas vidas.

O próprio Fleck comentou sobre essa relação entre ciência e indústria em um de seus últimos ensaios, 'Crise na ciência', escrito em 1960. Ele sugere que, por terem escolhido, oficialmente, ignorar a estruturação de suas formas de conhecimento pelo pensamento coletivo do qual fazem parte, os cientistas tornaram-se vítimas desse pensamento coletivo que seguem, ficando incapazes de pensar além dele. Um conhecimento da história dos estilos de pensamento entre os próprios cientistas, ele sugere, tornaria 'a verdade científica ... de algo rígido e estático em verdade humana dinâmica, criativa e em desenvolvimento' (FLECK, 1986 [1960]). Retornarei a essa otimista sugestão mais tarde. Mas talvez estes novos emaranhamentos – em que a ciência é vista como corruptível por dinheiro – constituem uma dinâmica que cria o ecossistema contemporâneo em que a ciência deve sobreviver – um ecossistema que Fleck mal podia imaginar. Nas ciências da vida das últimas

<sup>11</sup> Citado de Trigg (2004, p. 139). O clipe com a entrevista de Murrow está disponível no *YouTube*, em: [http://www.youtube.com/watch?v=QHGKLBdt\\_2Q&url=http://www.michaelmoore.com/sicko/dvd/extras.html](http://www.youtube.com/watch?v=QHGKLBdt_2Q&url=http://www.michaelmoore.com/sicko/dvd/extras.html).

<sup>12</sup> <http://fivu.dk/publikationer/2003/nye-veje-mellem-forskning-og-erhverv-fra-tanke-til-faktura>, acessado em março de 2011.

duas décadas, os bioeticistas tornaram-se participantes fundamentais nesse âmbito – não somente aqueles filósofos que buscam a criação de um papel social, um percurso profissional e uma profissão legitimada, mas também outros, amadores, envolvidos nas atividades regulatórias. O ecossistema é habitado por muitos outros atores. Há defensores de pesquisa e fomento por essa ou aquela condição – grupos biosociais, nos termos de Rabinow, que organizam uma identidade política e talvez até mesmo pessoal em torno de sua ‘doença’ (RABINOW, 1996; GIBBON e NOVAS, 2008). Há os que vão contra algum abuso médico – implantes mamários que não deram certo, empresas farmacêuticas que agem em conjunto com médicos ‘distribuindo verdades’ ou prescrevendo pílulas ‘amargas’ que, além de não curarem, causam danos (FRIED, 1998; MUNDY, 2001). Há os jornalistas, cientistas sociais e mesmo alguns pesquisadores da área médica que acusam as indústrias de subverter o processo de publicação acadêmica por meio da utilização de artigos científicos aparentemente objetivos como estratégias de marketing, de ‘vender a doença’ e introjetar doenças inventadas em indivíduos desavisados; e muito mais (MOYNIHAN; CASSELS, 2005). Alguns sugerem que esse cenário combativo pode ser um avanço para a democracia – que as próprias pessoas, as quais são diretamente afetadas pelos avanços científicos, encontraram voz e usam seus poderes democráticos para colaborar e estruturar ou contestar os rumos da pesquisa e do desenvolvimento tecnológico (HEATH et al., 2004). Retornarei a esta afirmação a seguir.

E se nada disso tiver sido suficiente, se olharmos mais além, há os profissionais da ciência e dos estudos da tecnologia, para quem todas as afirmações de verdade são uma expressão das crenças de uma comunidade científica, reforçados pelas estruturas internas de aprendizagem, hierarquia e autoridade, refletindo e servindo a seus interesses sociais, mantidos pela prática experimental que tem se tornado, em muitos casos, autorreivindicativa, em que posições triunfam em controvérsias de modos que devem muito pouco aos princípios da racionalidade dos textos normativos da filosofia da ciência (JASANOFF, 2001; HACKETT, 2007; LYNCH, 2012). Para a maioria deles, em oposição a Fleck, a epistemologia científica está fechada, e não aberta, e a sociologia e a história mostram que as verdades científicas estão longe de serem ‘verdades humanas dinâmicas e em desenvolvimento’.

Coitado do pesquisador ingênuo, que acredita estar perseguindo um nobre objetivo de verdade universal, para o bem geral da humanidade.

Estou simplificando e caricaturando, é claro. Mas, ainda assim, pode-se perguntar como é possível chegar a este ponto. Será que isso tudo é mera manifestação de algum declínio global de referência, uma perda de confiança na autoridade, ou a emergência de novos modos de 'cidadania ativa'? E teria algum desses pontos alguma coisa a ver com democracia?

## DEMOCRACIA

Permitam-me agora voltar à democracia. Escolho começar adaptando algumas palavras do grande analista político Robert Zimmerman: *Democracia, eu disse essa palavra como se fosse um voto nupcial; ah mas eu era tão mais velho na época, sou mais jovem agora.*<sup>13 14</sup> O que significaria, ou poderia significar, democracia na ciência? Pois não são as verdades científicas necessariamente o produto de uma elite, treinada em uma Denkstil, membros de uma Denkkollektiv<sup>15</sup>, fazendo uso de uma organização específica que possibilita que as coisas se manifestem de maneiras que não seriam possíveis fora do laboratório e que frequentemente, se não sempre, exigem uma quebra do que é concreto, óbvio e imediatamente visível, do senso comum, que pode fornecer somente um conjunto de 'obstáculos epistemológicos'? E o que quer que seja que conhecemos sobre a 'estrutura social' do conhecimento científico, tudo aquilo que entendemos sobre essas práticas que chamamos de ciência faz com que se tornem, em sua epistemologia, formas próprias de vida, estilos de pensamento e práticas de produção de verdade – 'anti-democráticas'.

Portanto, entendemos por democracia uma situação em que o poder de decisão encontra-se com 'as pessoas' como um todo, diretamente, por intermédio de representantes eleitos, ou ainda pelos representantes eleitos, contemporaneamente chamadas 'stakeholders'. Não é de se admirar que

<sup>13</sup> Peço desculpas a Bob Dylan, que estava, é claro, falando de igualdade.

<sup>14</sup> N.T. *Democracy, I spoke this word as if a wedding vow; ah but I was so much older then, I'm younger than that now* [original].

<sup>15</sup> *Denkstil* e *Denkkollektiv* são termos desenvolvidos por Ludwik Fleck e fazem referência a estilos de pensamento.



aqueles que sustentam uma visão de ciência como diferente de opinião, crença ou convicção moral, dependente de um treinamento esotérico e domínio de um corpus especializado e tudo o mais, estremeçam diante da ideia de uma ciência ‘democrática’ e apontem para os tantos exemplos bem trabalhados de corrupção da verdade por poder, sua negação e perseguição por preconceito. E, no entanto – a menos que se presuma que todas as atividades de ‘engajamento do público na ciência’ às quais fiz referência sejam soluções à procura de um problema, e não o contrário –, fica claro que algo se modificou nas políticas da verdade – pelo menos nas ciências da vida –, algo que exige uma resposta.

### **CIDADÃOS BIOLÓGICOS ATIVOS, VERDADE E DEMOCRACIA**

Talvez, em partes, a ideia expressa no título, seja a resposta à emergência da cidadania biológica ativa. Adriana Petryna usou o termo ‘cidadão biológico’ em seu estudo da Ucrânia pós-Chernobil (PETRYNA, 2002). O governo da recém-independente Ucrânia baseou suas afirmações em um direito de governar de acordo com a vontade democraticamente expressa de seus cidadãos. E os que alegavam ter sido expostos aos efeitos da radiação da explosão nuclear do reator de Chernobil acreditavam ter direitos a serviços de saúde e apoio social, os quais eles poderiam reivindicar a este governo em nome de seus corpos biologicamente prejudicados: ‘a própria ideia de cidadania tem agora sob sua responsabilidade o fardo adicional da sobrevivência... um segmento enorme e extremamente empobrecido da população aprendeu a negociar os termos de sua inclusão econômica e social, utilizando a própria matéria que constitui a vida’. Essas campanhas de cidadania não buscaram democratizar a ciência biológica, mas usá-la como um recurso para demandar a compensação por um ‘estado de doença’ pelo qual outros – e, em última instância, o próprio Estado – eram responsáveis. Verdade científica a serviço de uma demanda que vem de baixo para cima – verdade científica como uma arma contra o oportunismo político – ou, em casos como em Bhopal, como uma arma contra corrupção comercial e intransigência – um tipo de ativismo científico democrático, em que a verdade científica se baseia em resolver controvérsias e conter os poderosos em nome dos ‘direitos vitais’ dos cidadãos. Se a própria verdade fala, ela está

do lado da justiça: talvez a esperança seja ainda mais ingênua que o slogan anterior – que a verdade é sempre revolucionária.

Deborah Heath, Rayna Rapp and Karen-Sue Taussig estruturam as relações entre verdade e democracia de uma maneira um tanto diferente em sua concepção de ‘cidadania genética’: um caminho para entender o papel da genética na saúde e capacidade humanas. Elas argumentam que os desenvolvimentos da genética não estão apenas engendrando novas formas de administração da procriação, mas também impulsionando a criação de ‘novas formas de participação democrática, enfraquecendo as fronteiras entre estado e sociedade e entre interesses públicos e privados’ (HEATH et al., 2004, p. 152). Isso é expresso por meio de novas formas de coletividade, novos fóruns de debate, novos estudos de ativismo, demandas por acesso ao conhecimento e financiamento da pesquisa em condições específicas: “é a ‘cidadania genética’ que conecta discussões de direitos, reconhecimentos e responsabilidades relativas a preocupações íntimas e fundamentais sobre identidades herdadas, corporeidades diferenciais e uma *ética do cuidado*” (2004, p. 57, grifo no original). Elas defendem a ideia de que o ativismo não é passivo perante a verdade científica, mas procura ativamente estruturar a direção de seu desenvolvimento, usando direitos democráticos para tentar influenciar o fomento à pesquisa em ‘sua’ doença, financiando ou mesmo iniciando empresas que desenvolvam tais pesquisas em busca de uma cura. Aqui, pelo menos no que diz respeito às vidas que estão em jogo, os potenciais usuários ou beneficiários das verdades científicas adquiriram um certo direito para requisitar que o investimento em produção de verdade sirva a suas prioridades, e não às do lucro, da curiosidade científica ou do avanço profissional.

É esse então o tipo de democracia, e não se deve subestimar o poder desses movimentos, especialmente quando estão ligados com as novas tecnologias da internet e seu uso para construir redes sociais potentes como ‘*PatientsLikeMe*’, que também fazem um apelo à democracia<sup>16</sup>. No entanto, esses movimentos vão de encontro a outro senso de democracia que estabelece que todos os cidadãos estejam em um mesmo nível. Eles dependem de cidadãos que tenham

---

<sup>16</sup> Para *PatientsLikeMe*, ver [www.patientslikeme.com](http://www.patientslikeme.com).

capacidade de mobilização e dos tipos de auxílio que atraem atenção pública, simpatia e demandas por ação – e estes dependem crucialmente dos valores culturais dominantes que podem colocar crianças em um nível acima dos adultos, mulher acima dos homens, jovens contra idosos, e assim por diante. No ativismo na borda das fronteiras da pesquisa biomédica, todos os cidadãos estão distantes da igualdade representada (ROSE; NOVAS, 2004).<sup>17</sup> Além disso, enquanto procuram estruturar o caminho da verdade em direção às esperanças dos que querem se beneficiar disso, eles deixam intocado o status da verdade daquele conhecimento.

Aqui, o imperativo translacional pode ter um papel positivo ou, ao contrário, falhas na tradução e suas implicações. O erro central em meio século de pesquisa fortemente financiada no que agora chamamos biomedicina – a crença de que avanços médicos partirão de um entendimento de mecanismos biológicos básicos – é a falha persistente em passar do laboratório ao mundo real. Alguns movimentos de cidadania biológica ativa tratam disso, quando se recusam a deixar o laboratório intacto. Quem tem o direito de avaliar algo que se reivindica verdadeiro, eles questionam, e em que sentido essa reivindicação de verdade deve ser avaliada? Se tomarmos uma área como a psiquiatria, os crescentes movimentos de usuários e sobreviventes da psiquiatria começaram a levantar essas perguntas – certamente em conjunto com muitas outras críticas (NEWNES et al., 1999). Para todos os psicofarmacêuticos, que aparentemente percorreram as testagens da verdade nos laboratórios da *big pharma*<sup>18</sup>, na medicina baseada na evidência de todas as fases de testagens clínicas, nos tribunais dos reguladores, prova-se que não somente falham em melhorar as condições de prescrição, mas também, frequentemente, fazem tão bem quanto mal, se não fazem ainda mais mal (BENTALL, 2009). Más práticas, testagens inadequadas, pares de pesquisa dóceis e acríticos, sigilo comercial, reguladores passivos e corrupção evidente são parte dessa história, com certeza. Mas também, e talvez tão fundamental quanto isso, seja a questão de onde a verdade deve ser

---

<sup>17</sup> Na conferência que originou este artigo, esse aspecto foi analisado de maneira reveladora por Ilana Löwy.

<sup>18</sup> N. T. Big pharma é um termo utilizado para fazer referência a grandes empresas da indústria farmacêutica com importante influência econômica, política e social.

julgada – no isolado e radicalmente simplificado mundo do laboratório, do experimento, das práticas purificadoras das testagens e dos coeficientes de correlação e razões de probabilidade dos artigos acadêmicos, ou nas reais, desordenadas, complexas vidas cotidianas dos pacientes, que têm histórias que provavelmente os mantém fora das mesmas testagens que alegam julgar as terapias às quais se submetem, que estão sujeitos à polifarmácia, que consideram os chamados ‘efeitos colaterais’ tão importantes quanto os efeitos principais e que estão avaliando uma vida a ser vivida, e não uma droga a ser tomada como ‘efetiva’.<sup>19</sup> Democracia, se é possível denominar assim, demanda aqui um desafio mais radical aos Denkstils, Denkkollectivs e certamente às próprias práticas de produção de verdade e de veridicção.

### **FAZENDO CIDADÃOS CIENTIFICAMENTE DEMOCRÁTICOS**

Fazer cidadãos cientificamente democráticos é um exemplo primordial da reversibilidade nas relações de poder. Aqueles que são constituídos como sujeitos das práticas biomédicas dizem algo como ‘se suas práticas e intervenções afirmam ser para nosso benefício, exclusivamente, nós conquistamos o direito de ter uma palavra em julgar este benefício, as reivindicações de verdade que se propõem a fundamentá-lo e as prioridades que o sustentam’. Nós não precisamos de uma ‘teoria’ da resistência para entender tais desenvolvimentos; isso é meramente o retorno de práticas de subjetivação em cima deles mesmos. Por mais de um século, a partir da ciência racial, apor meio da eugenia, estratégias de higienismo, até o presente, as práticas de cidadania no campo da saúde têm procurado produzir cidadãos biológicos que pensam suas identidades, agem sobre eles mesmos e conduzem a si mesmos parcialmente em termos corporais e biológicos (ROSE; NOVAS, 2004). Hoje, as autoridades compelem os cidadãos a tomar responsabilidade ativa na manutenção, salvaguarda e promoção de sua própria saúde – os tipos de prudências corporais e aquilo que denominei ‘individualidade somática’ (NOVAS; ROSE, 2000; ROSE, 2001, 2007). Uma democracia, argumentam os legisladores, impõe obrigações conjuntamente com os direitos – cidadãos biológicos ativamente responsáveis precisam desenvolver letramento biomédico e engajar-se em um constante trabalho

<sup>19</sup> Sobre o laboratório como um espaço isolado, ver Callon et al. (2009).

de autoavaliação e de modulação da conduta, dieta, estilo de vida e regime medicamentoso, em resposta aos requisitos de um corpo suscetível. Essa é a ética que subjaz aos novos movimentos que organizam suas políticas em torno de uma identidade biológica compartilhada.

Ao longo do século XX, havia muitos defensores apaixonados pela criação de uma espécie de cidadania científica, a qual seria atingida por disponibilizar as descobertas da ciência às massas. Muitos eram socialistas e radicais: podemos simplesmente pensar em livros como de Lancelot Hogben *Science for the Citizen* de 1938 ou de J. D. Bernal, *The Social Function of Science* de 1939.<sup>20</sup> Houve uma fusão entre conhecimento científico e justiça social, mas, mesmo que a ciência estivesse do lado do progresso e da justiça, isso não significava que as alegações de verdade internas do conhecimento científico fossem concedidas democraticamente. Os radicais do período pós-guerra continuaram a tradição, defendendo a ‘responsabilidade social da ciência’ especialmente no despertar dos debates sobre o papel dos cientistas no desenvolvimento de armas nucleares (ROSE; ROSE, 1969).<sup>21</sup> Os esforços explicitamente políticos procuraram simultaneamente criticar as reivindicações de verdade que foram sustentadas como ideológicas em consideração ao seu papel no suporte das divisões de classe, racismo e discriminação sexual – por exemplo, com relação ao QI – e por demandar prioridades científicas que respondam à necessidade de justiça social em vez de lucro privado, superioridade militar ou carreiras individuais.

Havia também uma constante preocupação com a ‘ciência para o cidadão’ por meio de legisladores que procuravam apoio para investimentos em ciência que consideravam vitais para o avanço nacional. Nos Estados Unidos, em 1959, o Presidente do Comitê Científico Consultivo declarou que ‘Uma democracia cidadã hoje precisa entender a ciência no intuito de ter uma ampla e inteligente participação democrática em muitas decisões nacionais. Essas decisões estão sendo tomadas agora’ (*apud* DUS, 1961). Isso estava em um relatório na Educação para Era da Ciência (*Education for the Age of*

<sup>20</sup> Na conferência, esse aspecto foi explorado em detalhes por Mariane Sommer, que enfocou no trabalho do ‘tríplo H’ – Julian Huxley, J. B. S. Haldane e Lancelot Hogben – e seu ‘humanismo científico’.

<sup>21</sup> Por exemplo, a Sociedade Britânica de Responsabilidade Social em Ciência, criada em 1969.

*Science*), o qual argumentou, nas palavras do Editorial ‘Ciência para o Cidadão’ (*Science for the Citizen*), publicado na *Science* dois anos depois, que ‘se ciência é ter o tipo de suporte que é essencial para seu desenvolvimento vigoroso, melhores caminhos precisam ser encontrados para aumentar o entendimento público do que a ciência e a tecnologia podem fazer, de como elas são realizadas, e da importância da pesquisa básica para sua própria causa e como uma base indispensável para um avanço tecnológico’ (*ibid.*) – uma tarefa, eles sugerem, que pode ser melhor realizada por escritores da ciência, comentaristas e apresentadores de programa nos meios de comunicação. O que era necessário, ao que parecia, era um melhor ‘Entendimento Público da Ciência’. Quase um quarto de século depois, a *Royal Society* do Reino Unido argumenta em termos bastante similares que haveria desinteresse e desconfiança pública na ciência, decorrente em grande parte de uma carência de conhecimento e o fato de que os cientistas seriam pobres em comunicar seus trabalhos ao público (ROYAL SOCIETY, 1985). Naquele momento, um grande grupo de cientistas sociais, estudiosos dos estudos da ciência e tecnologia e críticos de várias linhas ridicularizaram os programas para a ‘compreensão pública da ciência’ julgando-os como inadequados, servindo a uma função de legitimação e contendo um modelo ‘deficitário’ do público, o qual deveria ser preenchido via comunicação e muito mais (GREGORY; MILLER, 1998; STURGIS; ALLUM, 2004). Essa crítica da hipótese de que o problema seria de ignorância pública entrelaçada com uma variedade de outros eventos que colocam em dúvida a autoridade do julgamento científico – controvérsias com relação à doença da vaca louca, organismos geneticamente modificados e outros problemas que seriam cruciais aos cidadãos, porque suas vidas e mortes pareciam estar em jogo. Uma resposta tem sido o cenário de comissões, grupos de trabalho, relatórios, inquéritos e atividades que eu esbocei anteriormente: o movimento da ‘compreensão pública da ciência’ para o ‘engajamento público’ (GREGORY; LOCK, 2008).

Mesmo no âmbito em que a própria pesquisa pode ser designada como ‘básica’ – tal como o sequenciamento do genoma humano – o foco agora está firme nas consequências reais ou potenciais da tecnologia. Talvez isso se deva ao fato de que a própria pesquisa procura sempre justificar o investimento do fundo público em termos de futuras ‘consequências benéficas’. De fato,

a tentativa de desenvolver novos métodos de envolvimento cidadão é uma reação à abrangente percepção de fracasso do programa ELSI que acompanhou o Projeto do Genoma Humano e sua potencial 'translação' em benefícios públicos. A pesquisa ELSI – cuja sigla significa Implicações Éticas, Legais e Sociais – aparentemente originada de uma declaração de James Watson 'tirada da manga': em resposta a alguns questionamentos hostis de repórteres sobre os aspectos sociais do Programa do Genoma Humano, ele declarou que por volta de 5% do investimento seria dedicado a esse tipo de pesquisa.<sup>22</sup> O programa ELSI agora é amplamente criticado por ignorar as prioridades e premissas construídas dentro da própria ciência, por focar-se somente nas 'implicações', por falhar em dar forma à ciência ou à política, ou até mesmo por prever a natureza ou consequências dos desenvolvimentos científicos e tecnológicos (FISCHER, 2005).

As iniciativas 'pós-ELSI' raramente se enquadram em termos de 'ciência democratizante': elas se intitulam avaliação tecnológica participativa, governança antecipatória, avaliação tecnológica construtiva, avaliação tecnológica interativa, avaliação tecnológica em tempo real, participação imediata do público e apreciação tecnológica. E elas fazem uso de uma variedade de métodos, incluindo conferência de consenso, júris cidadãos, workshops de investidores, sondagem deliberativa e diálogos públicos. Em cada caso, envolver o 'público' é ser parte da resposta. Mas por quê? Como Claire Marris e eu consideramos em um recente artigo, "em alguns casos, elas refletem a crença [normativa] de que os cidadãos que serão afetados por decisões têm o direito de participar de tais decisões, especialmente quando a pesquisa é financiada por suas contribuições fiscais... Em outros casos, elas refletem um desejo [instrumental] de reduzir conflito, ajudar a (re)construir a verdade e suavizar o caminho para novas inovações... E ainda, em outros casos, elas refletem a hipótese [substantiva] de que a participação de pessoas que usarão e/ou serão afetadas por uma tecnologia levantarão questões sobre o funcionamento dos desenvolvimentos na vida real quando elas deixam o laboratório, talvez levando a inovações com melhor performance nas condições complexas do mundo real, ou que podem ser mais viáveis social-

<sup>22</sup> Para descrição oficial do programa ELSI, ver [http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human\\_Genome/research/elsi.shtml](http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/research/elsi.shtml) e [www.ornl.gov/sci/techresources/Human\\_Genome/elsi/elsi.shtml](http://www.ornl.gov/sci/techresources/Human_Genome/elsi/elsi.shtml).

mente, economicamente e ambientalmente” (MARRIS; ROSE, 2010). De fato, como em todos os mecanismos democráticos existentes, é difícil de decidir como constituir ‘o público’: seria todo mundo, todos os adultos votantes, cidadãos aleatoriamente selecionados, aqueles com interesses particulares ou tipos de saberes, aqueles com (ou sem) fortes opiniões prévias, aqueles que são especialmente afetados como os pacientes ou os agricultores?

As tentativas de modelar o caminho dos desenvolvimentos tecnológicos à luz das deliberações sobre as consequências futuras vão de encontro com o que é convencionalmente denominado o ‘Dilema Collingridge’: as consequências sociais de uma tecnologia não podem ser previstas no início de sua vida. No momento em que consequências indesejáveis são descobertas, a tecnologia é tão frequentemente parte de todo o tecido econômico e social que o seu controle é extremamente difícil. Collingridge denominou isso de ‘o dilema do controle’. Quando a mudança é fácil, a necessidade por ela não pode ser prevista; quando a necessidade por mudança é perceptível, a mudança se torna custosa, difícil e demorada. Afirmações ousadas dos benefícios futuros feitas por aqueles que promovem tipos particulares de pesquisa são raramente realizadas na prática. Efeitos colaterais significativos a médio prazo são raramente previsíveis ou previstos. As reais consequências dos desenvolvimentos tecnológicos, até mesmo se benéficas, geralmente divergem grandiosamente das previsões, e o determinante desses caminhos é raramente passível de ser encontrado na ciência ou na tecnologia em si. Elas emergem das concatenações das forças sociais, econômicas e técnicas que são difíceis de mapear antecipadamente. Por essas razões, Collingridge (1980) argumentava que precisávamos de uma teoria da tomada de decisão sob a ignorância: “Já que o futuro é extremamente incerto, devem ser favorecidas opções que permitam que quem toma as decisões responda a tudo o que o futuro trazer”.

Talvez em resposta a tais dificuldades que uma nova expressão tem tomado a dianteira: ‘inovação responsável’.<sup>23</sup> É difícil argumentar em favor da inovação irresponsável, é claro. Mas o que se quer dizer por responsável?

---

<sup>23</sup> Ver, por exemplo, as apresentações em um workshop francobritânico sobre Inovação Responsável: Dos conceitos à prática, em maio de 2011, disponível em: [www.ambafrance-uk.org/Franco-British-workshop-on,18791](http://www.ambafrance-uk.org/Franco-British-workshop-on,18791).



Responsável a quem? E responsável como? Responsabilidade, como parece ser entendida aqui, tem algo a ver com o futuro – o clamor é por tomar responsabilidade pelo futuro pela avaliação e gestão de riscos *'upstream'* – em uma fase inicial de seus caminhos. Adeptos dessa noção argumentam que ela implica “abordagens antecipatórias e adaptativas que promovam o surgimento responsável das novas tecnologias nas sociedades democráticas”, nas quais cientistas sociais trabalham com os próprios pesquisadores para encorajar “a reflexividade, ajudá-los a identificar o futuro potencial dos impactos de seus trabalhos nos âmbitos ambiental, social, ético e da saúde, avaliar seus riscos e modular ou reformular suas trajetórias de pesquisa sob essa luz” (OWEN; GOLDBERG, 2010, p. 1699). Por esses meios, como tais adeptos acreditam, pode-se evitar a exclusão de opções futuras por decisões atuais, usar o engajamento popular para explorar os valores e as premissas subjacentes em diferentes escolhas no desenvolvimento tecnológico – os caminhos não percorridos, bem como os caminhos vislumbrados – e, para assegurar que essas escolhas relativas ao desenvolvimento e investimento em pesquisa não sejam deixadas para aqueles cujo autointeresse elas servem, mas que sejam abertamente, rigorosamente e publicamente justificadas e desapassionadamente avaliadas (STIRLING, 2008).

Porém o autoquestionamento já começou. Embora a ideia de responsabilidade pelo futuro tenha sido talvez mais notavelmente articulada por Jonas (1984), alguns sugerem que a própria ideia de tomar a responsabilidade por um futuro incerto e desconhecido não faça sentido, e só pode ser retórico (RABINOW, 2008). Outros suspeitam se tais engajamentos genuinamente abrirão, ao invés de encerrar e legitimar, os caminhos do desenvolvimento científico e tecnológico, levando em consideração o poder das forças, em particular as forças econômicas e financeiras, e suas antecipações de retornos que os moldam.<sup>24</sup>

Seriam todas essas comissões, grupos de trabalho, entre outros, que dedicam tanto tempo e energia, meramente veículos para carreira e status de filósofos obsoletos, cientistas com uma consciência voltada à comprovação,

---

<sup>24</sup> Algumas dessas críticas são discutidas por Joyce Tait (2009), também disponíveis em: [www.nature.com/embor/journal/v10/n1s/full/embor2009138.html](http://www.nature.com/embor/journal/v10/n1s/full/embor2009138.html).

cientistas sociais em busca de subvenções – formas convenientes da política se distanciar, gerir e controlar os transbordamentos potenciais das controvérsias científicas – simples exercícios de legitimação em política e economia biotecnológica contemporânea? Um julgamento dessa dimensão seria severo ou, pelo menos, parcial. Em um tempo em que o ‘bio’ tem se tornado tão central para as nossas formas de viver, não deveríamos ser surpreendidos se os que governariam as biotecnologias tentassem transferir o julgamento de dilemas impossíveis a outros, procurar nos bioeticistas depuração ética e empenhar-se em transformar questões éticas problemáticas em questões técnicas, por exemplo, por meio da burocratização da autonomia com o dispositivo de ‘consentimento informado’. Juntamente com o desejo de criticar, talvez nós precisemos prestar atenção ao que se manifesta na demanda por engajamento, diálogo e assim por diante.

Na área das ciências da vida, penso que podemos situar o entrelaçamento do biológico e do ético ao longo de uma dimensão que denominei em outro lugar de ‘ethopolítica’: a política da própria vida e como ela deveria ser vivida (ROSE, 1999). Disputas ethopolíticas referem-se aos sentimentos, virtudes, crenças que guiam pessoas, grupos ou instituições, aos sentidos pelos quais os seres humanos deveriam julgar eles mesmos e agir sob eles mesmos para fazê-los melhores do que já são. Nesse sentido, deveríamos pensar a bioética de maneira diferente – não por princípios morais normativos, mas em termos de considerações éticas julgadas como relevantes pelos participantes – não apenas os pacientes e seus familiares, mas também os pesquisadores, os clínicos, os reguladores e mesmo aqueles que trabalham no mundo do comércio – na conduta real deles mesmos e de suas vidas em relação com os dilemas que enfrentam e os julgamentos que precisam fazer e decisões que precisam tomar. Os estudos desses atores não revelam uma zona livre de ética, energizados apenas por uma restrita seção de interesses e cálculos financeiros ou de outros ganhos. Enquanto as autoridades e os profissionais enredados nas políticas da vida contemporânea podem ter sua própria cota de cinismo, pragmatismo, ambição, cobiça e rivalidade, eles também estão inescapavelmente procurando, montando e inventando as formas pelas quais eles podem avaliar, julgar e justificar eticamente as decisões que necessitam tomar quando a vitalidade humana está em jogo. Nesse sentido, mesmo que

não exatamente democrático, o trabalho destes comitês direciona diretamente os valores pelos quais desejamos viver, os tipos de ciência que podem trazer formas de vida as quais ansiamos por habitar – em seu melhor, eles estão engajados em uma política do futuro, dos tipos de pessoas que nós queremos ser e os tipos de vidas que queremos levar.

### **CONCLUSÃO: DEMOCRACIA E EPISTEMOLOGIA**

Na leitura afirmativa da epistemologia de Fleck por Cornelius Borck, o antirrealismo de Fleck está ligado a um processo histórico que se protege contra o relativismo e a teleologia, e abre-se à democracia. Referindo-se ao artigo de Fleck, de 1929, Borck escreve que, para Fleck, “a competição democrática entre diferentes estilos de pensamento, as diferentes formas de conhecimento, liberam as ciências das ‘emoções’ e do ‘misticismo’ ao ‘trabalho sem fim’ de formação de uma ‘realidade democrática’... Ele objetivou promover uma crença na ciência como o caminho em direção à democracia” (BORCK, 2004). A contestação democrática, embora situada em circunstâncias sócio-históricas particulares, foi uma contestação interna, possibilitada pela abertura do próprio pensamento científico, apesar das aparentes implicações da concepção de coletivos de pensamento, os quais sugerem oclusão, resistência e o que Fleck mencionou em outro lugar como a “tendência a reificar e objetivar as criações conceituais do pensamento científico” (FLECK, 1979, [1935], p. 144).

Hoje, entretanto, as tendências à reificação nas reivindicações de verdade científicas são contestadas de maneiras inimagináveis por Fleck. A paisagem da pesquisa científica, ao menos nas ciências da vida e biomedicina, é caracterizada por conflito, disputa e contestação, não apenas sobre implicações, mas sobre a direção da pesquisa e suas prioridades, e, talvez, mais fundamentalmente, sobre as próprias verdades. Eu já discuti sobre as consequências democráticas ambíguas das modulações das trajetórias da pesquisa e inovação por grupos que chamam a atenção para suas próprias doenças, ajudando a selecionar, de todos os candidatos à verdade, aqueles que realmente a adentram e sofrem as consequências que atribuem a essa verdade. Em alguns casos, ao menos, tais movimentos encarnam um desafio mais fundamental aos mecanismos de produção e verificação da verdade

daqueles que afirmam que as alegações de verdade deveriam ser julgadas em seu confuso mundo da vida diária, e não no mundo recluso do laboratório e do experimento, purificado de todas as interferências que caracterizam a vida para além do laboratório.

Michel Callon e seus colegas têm valorizado tais movimentos em seus argumentos para a democracia técnica (CALLON et al., 2009). Nos fóruns híbridos que foram se constituindo em torno de organismos geneticamente modificados, gene terapia, BSE, entre outros, eles argumentam que a ciência e a tecnologia alargaram as fronteiras estruturais do existir, reivindicações de verdade abandonam seus santuários isolados no momento em que seus resultados tecnologizados derramam-se no mundo selvagem, e novos grupos e identidades usam todas as opções para desafiar a *expertise* onde ela afeta suas próprias vidas, a fim de gerar novas formas de aprendizagem colaborativa. Nesses novos desafios, para a autoridade científica, todas as divisões convencionais entre ciência e tecnologia, entre verdade e utilidade, são consideradas arcaicas, já que são divisões entre fato e valor, verdade e poder, *experts* e leigos – todas essas dicotomias que têm estruturado nosso pensamento por tanto tempo. Por essa perspectiva, a ciência – o corpo de alegações de verdade geradas por pesquisa em instalações laboratoriais, normatizadas e sancionadas pelo dispositivo da revisão por pares, publicações em periódicos, entre outros – é considerada radicalmente incapaz de especificar os tipos de consequências do mundo real que sua fuga para dentro da tecnologia poderia gerar. Se isso é válido de alguma maneira, seria apenas em suas cavernas isoladas; os *experts* que procuram sugerir o contrário estão meramente atuando um certo tipo de política por outros meios. Eu me pergunto se essa seria a conclusão que Fleck teria esperado do tsunami de críticas que engolfaram a ciência a partir dos estudos da ciência e tecnologia que a sua epistemologia histórica prefigurou. Eu duvido.

## REFERÊNCIAS

BENTALL, R. P. **Doctoring the mind**: why psychiatric treatments fail. London: Allen Lane, 2009.

BERNAL, J. D. **The social function of science [1939]**. London: Faber Finds, 2010.

BORCK, C. Message in a bottle from 'the crisis of reality': on Ludwik Fleck's interventions for an openepistemology. **Studies in History and Philosophy of Science Part C: Studies in History and Philosophy of Biological and Biomedical Sciences**, v. 35, n. 3, p. 447-464, 2004.

CALLON, M.; LASCOUMES, P.; BARTHE, Y. **Acting in an uncertain world**: an essay on Technical Democracy. Cambridge and London: MIT Press, 2009.

COLLINGRIDGE, D. **The social control of technology**. New York: St. Martin's Press, 1980.

DUS, G. Science for the citizen. **Science**, v. 133, n. 3461, p. 1325, 1961.

FISHER, E. Lessons learned from the Ethical, Legal and Social Implications Program (ELSI): planning societal implications research for the National Nanotechnology Program. **Technology in Society**, v. 27, n. 3, p. 321-328, 2005.

FLECK, L. **Genesis and development of a scientific fact [1935]**. Chicago, Il: Chicago University Press, 1979.

FLECK, L. Crisis in science [1960]. In: COHEN, R.; SCHNELLE, T. (Ed.). **Cognition and fact**: materials on Ludwik Fleck. Dordrecht, The Netherlands: Reidel, 1986, p. 153-158.

FRIED, S. **Bitter Pills**: inside the hazardous world of legal drugs. New York: Bantam Books, 1998.

GIBBON, S.; NOVAS, C. **Biosocialities, genetics and the social sciences**: making biologies and identities. London: Routledge, 2008.

GREGORY, J.; LOCK, S. J. The evolution of 'public understanding of science': public engagement as a tool of science policy in the UK. **Sociology Compass**, v. 2, n. 4, p. 1252–1265, 2008.

GREGORY, J.; MILLER, S. **Science in Public**: communication, culture, and credibility. New York; London: Plenum Trade, 1998.

HACKETT, E. J. **The handbook of science and technology studies**. Cambridge, MA; London: MIT, 2007.

HEATH, D.; RAPP, R.; TAUSSIG, K. S. Genetic citizenship. In: NUGENT, D.; VICENT, J. (Ed.). **A companion to the anthropology of politics**. Oxford: Blackwell, 2004.

HOGBEN, L. **Science for the citizen**: a self-educator based on the Social Background of Scientific Discovery. Woking, UK: Unwin Brothers, 1938.

JASANOFF, S. **Handbook of science and technology studies**. Thousand Oaks, CA; London: Sage, 2001.

JONAS, H. **The Imperative of Responsibility**: foundations of an ethics for the technological age, with an appendix on the impotence or power of subjectivity. Chicago, IL: University of Chicago Press, 1984.

LYNCH, M. **Science and technology studies**: critical concepts in the Social Sciences. Oxon, UK; New York: Routledge, 2012.

MARRIS, C.; ROSE, N. Open engagement: exploring public participation in the biosciences. **PLOS Biology**, v. 8, n. 11, 2010: e1000549.

MOYNIHAN, R.; CASSELS, A. **Selling sickness**: how the world's biggest pharmaceutical companies are turning us all into patients. New York: Nation Books, 2005.

MUNDY, A. **Dispensing with the truth**: the victims, the drug companies, and the dramatic story behind the battle over Fen-Phen. New York: St. Martin's Press, 2001.

NEWNES, C.; HOLMES, G.; DUNN, C. **This is madness**: a critical look at psychiatry and the future of mental health services. Ross-on-Wye, UK: PCCS Books, 1999.

NOVAS, C.; ROSE, N. Genetic risk and the birth of the somatic individual. **Economy and Society**, v. 29, n. 4, p. 485–513, 2000.

OWEN, R.; GOLDBERG, N. Responsible innovation: a pilot study with the UK engineering and physical sciences research council. **Risk Analysis**, v. 30, n. 11, p.1699–1707, 2010.

PETRYNA, A. **Life exposed**: biological citizens after Chernobyl. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2002.

RABINOW, P. Artificiality and enlightenment: from sociobiology to biosociality. In: **Essays on the Anthropology of Reason**. Princeton, NJ: Princeton University Press, 1996, p. 91–112.

RABINOW, P. **Marking Time**: on the Anthropology of the Contemporary. Princeton, NJ: Princeton University Press, 2008.

ROSE, H.; ROSE, S. P. R. **Science and society**. London: Allen Lane, 1969.

ROSE, N. **Powers of freedom**: reframing political thought. Cambridge, New York: Cambridge University Press, 1999.

ROSE, N. The politics of life itself. **Theory, Culture & Society**, v. 18, n. 6, p. 1–30, 2001.

ROSE, N. **The politics of life itself**: biomedicine, power and subjectivity in the Twenty First Century. Princeton, N. J.: Princeton University Press, 2007.

ROSE, N.; NOVAS, C. Biological citizenship. In: ONG, A.; COLLIER, S. J. (Ed.). **Global assemblages**: technology, politics, and ethics as anthropological problems. Oxford: Blackwell, 2004, p. 439-463.

ROYAL SOCIETY, C. **The public understanding of science**. London: The Society, 1985.

SHAPIN, S. **The scientific life**: a moral history of a late modern vocation. Chicago: University of Chicago Press, 2008.

SMITH, J. S. **Patenting the Sun**: Polio and the Salk Vaccine. New York: W. Morrow, 1990.

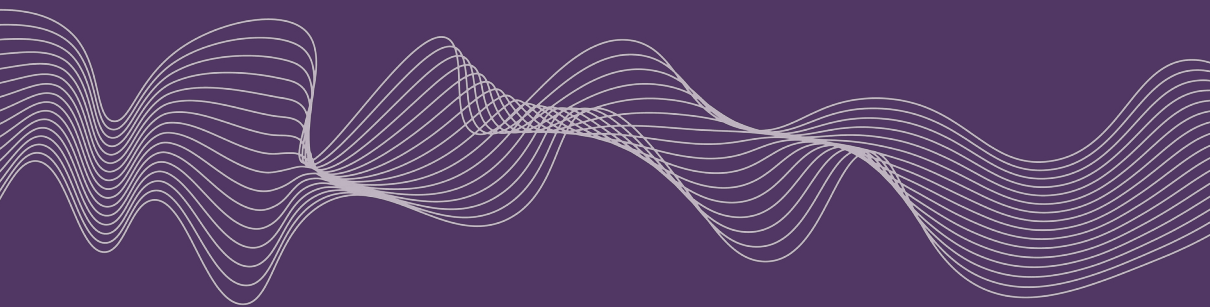
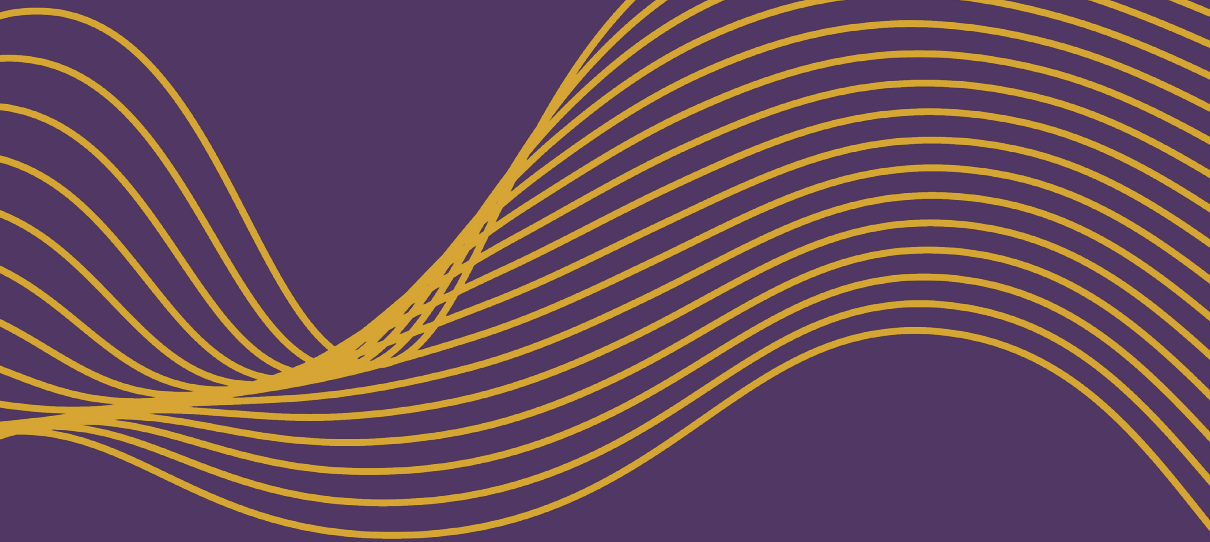
STIRLING, A. 'Opening Up' and 'Closing Down'. **Science, Technology & Human Values**, v. 33, n. 2, p. 262-294, 2008.

STURGIS, P.; ALLUM, N. Science in society: re-evaluating the deficit model of public attitudes. **Public Understanding of Science**, v. 13, n. 1, p. 55-74, 2004.

TAIT, J. Upstream engagement and the governance of science. **EMBO Reports**, v. 10, p. 18-22, 2009.

TRIGGLE, D. J. Patenting the sun: enclosing the scientific commons and transforming the university-ethical concerns. **Drug Development Research**, v. 63, n. 3, p. 139-149, 2004.







# CAPÍTULO 2

## PERSPECTIVAS HISTÓRICAS E ÉTICAS DA NEUROIMAGEM MODERNA<sup>1 2</sup>

**FERNANDO VIDAL<sup>3</sup>**

---

<sup>1</sup> In: Jens Clausen e Neil Levy (Ed.). *Handbook of Neuroethics* (Dordrecht: Springer, 2015). Seção *History of Neuroscience and Neuroethics*, Ed. Frank W. Stahnisch (cap. 27).

<sup>2</sup> Tradução: Luísa Somavilla. Revisão técnica: Marcos Adegas de Azambuja

<sup>3</sup> ICREA (Instituição Catalã de Pesquisa e Estudos Avançados). E-mail: fernando.vidal@icrea.cat

## INTRODUÇÃO

Inexistente na década de 1990, a neuroética precisou de apenas alguns anos no início da década seguinte para se desenvolver como uma disciplina independente da bioética, se profissionalizar e criar redes, plataformas, sociedades, revistas, institutos, ensino e programas de pesquisa (HOYER, 2010; CONRAD; DE VRIES, 2012). Seu principal objetivo explícito é examinar e antecipar as consequências éticas, sociais e legais do conhecimento neurocientífico e suas aplicações, bem como contribuir para a ética da neurociência. Em seu desenvolvimento, história e autodefinição, a neuroética tem sido inerentemente ligada à neuroimagem, especialmente com a crescente utilização das tecnologias de imagem cerebral funcionais, tais como a tomografia por emissão de pósitrons (TEP) e a imagem por ressonância magnética funcional (IRMf).

Por um lado, a neuroimagem em si, bem como sua interpretação, comunicação, presença na mídia e compreensão do público, tem sido um dos temas primordiais da neuroética. Por outro, a forma como a neuroética lida com suas questões fundamentais, como a "privacidade cerebral" ou a conceituação da culpa, da responsabilidade e da personalidade humana em geral, deriva da neuroimagem. O uso de técnicas de neuroimagem para investigar fenômenos normalmente associados à pesquisa nas humanidades e nas ciências humanas trouxe esses fenômenos para a órbita de explicação neurobiológica. A neuroética surgiu no contexto desses desenvolvimentos intelectuais direcionados à tecnologia. Assim, mais do que um estímulo importante para o desenvolvimento da neuroética ou uma fonte particular de desafios práticos e conceituais, a expansão da neuroimagem funcional pode ser considerada uma condição de possibilidade do campo.

## NEUROIMAGEM E NEUROÉTICA: UMA RELAÇÃO ESPECIAL

De 1991 a 2001, coincidindo com a "Década do Cérebro", o número de estudos com o método da IRMf, assim como o número de revistas com publicações sobre tais estudos estourou. Em paralelo, de um número pequeno de artigos, focados principalmente em tarefas motoras e sensoriais, a aplicação de IRMf em tópicos da ciência humana cresceu para 865 em

2001, com um aumento médio de 61% ao ano durante esse período (ILLES; KIRSCHEN; GABRIELI, 2003). Até o final de 2004, mais 3.824 artigos haviam sido publicados (RACINE et al., 2005), e sua cobertura na mídia impressa demonstrava a mesma tendência (ILLES et al., 2006), mantendo-se amplamente otimista (RACINE et al., 2010b). Em meados dessa década, houve uma avalanche de estudos em neuroimagem, em tópicos com potenciais implicações éticas, jurídicas, sociais e políticas em quatro áreas principais: (1) altruísmo, empatia, tomada de decisão, cooperação e concorrência; (2) julgamento de faces e raças; (3) a mentira e o engano; e (4) meditação e experiências religiosas (ILLES; RACINE; KIRSCHEN). Produtos comerciais com utilização de resultados ou dispositivos de neuroimagem apareceram no mesmo período: grandes empresas pagando por serviços de neuromarketing (BURKITT, 2009); empresários da neuróbica oferecendo recursos para manutenção e otimização do cérebro (ORTEGA, 2011); empresas privadas alegando terem desenvolvido detectores operativos de mentira baseados em IRMf (BIZZI et al., 2009). Tais desenvolvimentos científicos e extracientíficos são uma importante motivação e fonte de material para a neuroética (RACINE; BELL; ILLES, 2010a).

A expansão da neuroimagem e sua conexão com a neuroética também podem ser traçadas a partir do surgimento de programas institucionais e de investigação, cujos nomes, que vão desde neuroestética até neuroteologia, passando por neuroantropologia, neuroeconomia, neuroeducação, neurohistória, neurodireito, neuropsicanálise e outros, combinam o prefixo neuro com o nome de uma ciência humana ou social. Dentro dessas ciências, a "virada neurocientífica" (FEUERHAHN; MANDRESSI, 2011; LITTLEFIELD; JOHNSON, 2012) toma apenas uma minoria dos profissionais. No entanto, contribui para impulsionar a neuroética. As novas "neurodisciplinas", cuja principal ferramenta é a IRMf, visam elucidar neurobiologicamente os fenômenos que estudam. Além disso, elas tendem a assumir que os seres humanos são essencialmente seus cérebros, que as explicações últimas sobre o indivíduo humano e o comportamento coletivo devem ser fornecidas por pesquisas sobre o cérebro, e que tais explicações desafiam crenças "tradicionais" sobre a natureza humana e transformam radicalmente nossa compreensão do homem e da sociedade.

Por um lado, a neuroética se preocupa com os resultados dessas novas áreas de investigação. Por outro, como uma área de estudo, ela compartilha seus pressupostos, os quais foram invocados em seu esforço bem-sucedido de ser considerada uma disciplina separada da bioética (ILLES; RACINE, 2005). Suas razões para afirmar-se como autônoma eram as mesmas que embasam a "virada neurocientífica", ou seja, a existência de uma "conexão íntima" entre cérebro e comportamento, a "relação peculiar entre nossos cérebros e nós mesmos" e a "intuição de que a nossa sempre crescente compreensão dos mecanismos cerebrais subjacentes a diversos comportamentos tem implicações únicas e potencialmente contundentes para a nossa perspectiva de ética e justiça social" (ROSKIES, 2002, p. 21). A neuroética defende que as neurociências vão redefinir "o nosso senso de individualidade e as relações cérebro-corpo" (WOLPE, 2002, p. 8), metamorfosear antigas questões filosóficas sobre a personalidade e originar novos desafios morais e legais (ILLES; RACINE, 2005). Dada "a capacidade da tecnologia de imagem de animar relações mente-cérebro de maneiras que nos levam a reexaminar conceitos de identidade, responsabilidade pessoal e responsabilidade penal", a neuroimagem acaba sendo "um foco lógico" da investigação neuroética (KULYNYCH, 2002, p. 345). Além da conexão entre cérebro e identidade pessoal, o "neuro excepcionalismo" é reforçado por declarações futuristas sobre os problemas específicos que, segundo os neuroeticistas, a neuroimagem funcional levantará (ver contra-argumentos em SCHICK, 2005).

A relação especial entre neuroética e neuroimagem funcional deriva precisamente da capacidade desta última de medir a atividade cerebral durante o desempenho de uma tarefa experimental. O título de um artigo programático destaca até que ponto a neuroética existe "na nova era da neuroimagem" (ILLES, 2003); o de outro, "da neuroimagem à neuroética", sublinha as origens da nova disciplina nas aplicações do imageamento funcional (ILLES; KIRSCHEN; GABRIELI, 2003). Um artigo de 2010 sobre as possíveis abordagens para a revisão do Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais (DSM) perguntou: "O que acontece se inovações técnicas significativas em genética, imageamento ou em neurociências lançarem uma luz inteiramente nova sobre os problemas da nosologia

psiquiátrica?" (KENDLER; FIRST, 2010). Apesar de muitas advertências e questões em aberto sobre a relevância nosológica e clínica da neuroimagem, a questão representa uma das expectativas que justificam a neuroética: a neuroimagem teria um impacto significativo no diagnóstico e no tratamento (MALHI; LAGOPOULOS, 2008; FARAH; GILLIHAN, 2012).

Centenas de artigos e vários livros de autoria individual e coletiva publicados entre 2006 e 2012 confirmam a posição especial da neuroimagem funcional na paisagem neuroética (ILLES, 2006; GLANNON, 2007; LEVY, 2007; GIORDANO; GORDIJN, 2010; FARAH, 2010a; ILLES; SAHAKIAN, 2011; CHATTERJEE; FARAH, 2013). Em suma, em grande medida, a existência da neuroética como programa de pesquisa com aspirações normativas deriva e depende da crescente área de aplicação da neuroimagem funcional, juntamente com a suposição de que "traçar imagens do cérebro fornece informações sobre a mente" (FARAH, 2010b, p. 4).

### ILUSTRAÇÃO, MAPEAMENTO E IMAGEM

Em relação à IRMf, afirmar que "traçar imagens do cérebro fornece informações sobre a mente" implica que as correlações entre a atividade cerebral e a realização de uma tarefa experimental durante o escaneamento de fato captura uma relação significativa entre estados cerebrais físicos e estados mentais subjetivos. Durante as condições de controle e experimentais, a IRMf mede os sinais BOLD (do inglês "*blood oxygen level-dependent*" – dependente do nível de oxigênio no sangue –, que consistem em indicadores hemodinâmicos de atividade neuronal), que, em seguida, são subtraídos entre si. A diferença obtida define a correlação entre a atividade neural e a função que a tarefa experimental supostamente envolve. Essa correlação neural, geralmente apresentada como a "ativação" de uma área do cérebro, constitui a "informação" que a imagem fornece sobre a mente.

O método de subtração e o significado dessa "informação" têm sido bastante discutidos (VAN ORDEN; PAAP, 1997; KOSSLYN, 1999; HARDCASTLE; STEWART, 2002; COLTHEART, 2006; ROSKIES, 2009, 2010). No entanto, é comum dizer que as áreas "ativadas" "embasam" ou "sustentam" as funções estudadas (SCHLEIM; ROISER, 2009). Assim, embora os resultados de

ressonância magnética sejam correlações, eles são geralmente discutidos em termos que fortemente sugerem causalidade (VIDAL; ORTEGA, 2011), e isso também é parte da "informação" que se acredita que neuroimageamento fornece. As porções coloridas das imagens, que são apenas representações gráficas dos resultados de correlação, são amplamente percebidos como exibindo as áreas do cérebro que se tornam ativas durante as tarefas experimentais e que sustentam a função investigada.

Os métodos de produção das imagens de IRMf, a informação que fornecem e as expectativas que geram, ditam o seu lugar na história das representações do cérebro (CLARKE; DEWHURST, 1996; LARINK, 2011). Essas representações, que têm sido fundamentais para a produção de conhecimento sobre o cérebro (MANDRESSI, 2011), podem ser divididas em três classes: imagens que retratam a morfologia realisticamente, imagens que mostram a localização da função na estrutura anatômica e imagens que resultam de registros de função.

A anatomia descritiva, que se baseia principalmente em dissecação, é acompanhada por imagens da primeira classe, que podem ser chamadas de "ilustrações". Os exemplos são numerosos, mas esta classe é historicamente a mais antiga: citemos como exemplo as extraordinárias gravuras do *Cerebri Anatome*, feitas por Christopher Wren para Thomas Willis (1983). As imagens de Wren parecem realistas; no entanto, não são como fotografias de um cérebro dissecado, mas sintetizam observações feitas em diferentes cérebros (FLIS, 2012). A precisão dessas gravuras e a qualidade do conhecimento que transmitem contribuem para explicar por que são consideradas como modelos. No entanto, quando Willis (1621-1675), uma figura importante na história da neuroanatomia (MOLNÁR, 2004; ZIMMER, 2004), lidou com a fisiologia da mente, ele aderiu ao humorismo galénico, que, sem relação com a investigação neurocientífica, dominou o pensamento médico até o século XVIII (TEMKIN, 1973).

De acordo com o galenismo, à medida que o sangue passa através dos órgãos do corpo, ele é transformado em fluidos sutis ou "espíritos". Primeiro, ele se torna um "espírito natural" responsável pela nutrição e crescimento. No coração, o espírito natural se mistura com o ar dos pulmões e

transforma-se no "espírito vital", do qual dependem as funções motoras e vitais. Uma transformação final acontece nos ventrículos cerebrais com a formação dos "espíritos animais", necessários para as funções sensíveis e intelectuais. Acreditava-se que os espíritos animais localizavam-se e circulavam entre os ventrículos do cérebro, constituindo, assim, a sede das faculdades mentais. Da frente para trás da cabeça, ficavam o "senso comum", a imaginação e a fantasia, o julgamento e a inteligência, e a memória (HARVEY, 1975; KEMP, 1990). Essa "doutrina celular" foi objeto de numerosas ilustrações nos períodos medieval e moderno. Willis (1983) estudou as partes sólidas do cérebro. Ao mesmo tempo, no entanto, ele defendeu que a imaginação estava ligada a uma "ondulação" dos espíritos, que ia do centro do cérebro em direção à sua circunferência e especulava que sua sede seria no corpo caloso; fez a memória depender do movimento dos espíritos da periferia para o centro do cérebro e localizou-a no córtex; e situou a coordenação sensorial no corpo estriado, que recebia as impressões que migrariam para o cérebro e que era, como ele conjecturou, o caminho pelo qual os espíritos animais desciam para as extremidades.

A segunda classe de imagens do cérebro mostra as funções como sendo localizadas na estrutura anatômica; elas são construídas a partir dos resultados experimentais ou do mapeamento anatomoclínico em uma figura anatômica. Tais "mapeamentos" morfológicos, como podem ser chamados, começaram a ser desenvolvidos no século XVIII. Entre o final do século XVII e início do século XIX, a pesquisa cerebral estava intimamente ligada a investigações sobre a estrutura e a função dos órgãos dos sentidos. Uma vez que os nervos uniam a alma e o corpo, bem como o mundo externo e o cérebro, o sistema nervoso se tornou, no Iluminismo, a matriz ontológica comum das ciências do corpo e das ciências da alma (FIGLIO, 1975; ROUSSEAU, 2007; VIDAL, 2011). Ao longo do século XVIII, o conhecimento anatômico do cérebro avançou por meio da prática cirúrgica e de estudos patológicos e microscópicos que se seguiram à vivisseção ou lesões não intencionais, nova dissecação, métodos de fixação e coloração e, a partir de meados do século, experimentos de estimulação elétrica (BARBARA, 2008).

As primeiras décadas do século XIX viram a propagação da frenologia (CLARKE; JACYNA, 1987; RENNEVILLE, 2000; VAN WYHE, 2002). Com base nas



teorias do médico vienense, Franz Joseph Gall (1758-1828), que a chamou de "organologia" e "doutrina do crânio", presumia que o cérebro era o órgão da mente e que cada faculdade teria seu próprio "órgão" no cérebro, que o tamanho de cada órgão seria proporcional à força da faculdade correspondente, que o cérebro é moldado por seu crescimento diferencial e, finalmente, que, como o crânio deve a sua forma ao cérebro, suas protuberâncias revelariam aptidões e tendências individuais. A frenologia e as práticas de cranioscopia e palpação cranial que a acompanhavam mantiveram-se extremamente populares desde os anos 1840, e publicações em frenologia apareciam regularmente até depois da Primeira Guerra Mundial. Sua figura típica mostra uma cabeça com zonas perfeitamente demarcadas, muitas vezes resultando em uma grade, cada uma correspondendo a uma faculdade da mente.

No mesmo período, a psicofisiologia experimental e a anatomia patológica impulsionaram o projeto da localização da mente no cérebro (STAR, 1989; FINGER, 1994). Enquanto a frenologia correlacionava as faculdades às formas do crânio, o método anatomoclínico procurou correspondências entre sintomas e lesões cerebrais. Os defensores da localização das faculdades mentais em regiões cerebrais distintas e da unidade da inteligência e da natureza integrada à ação cerebral compartilhavam tal orientação metodológica. O caso de "Tan", um paciente afásico estudado pelo anatomista e antropólogo físico francês Paul Broca (1824-1880), é paradigmático dos debates sobre a localização de meados do século XIX. A história clínica de Tan e o estudo pós-morte de seu cérebro levaram Broca a concluir que a faculdade da linguagem articulada poderia estar localizada na segunda ou terceira convolução frontal. Em seu fundacional "*Remarques sur le siège de la faculté du langage articulé*," Broca (1861) identificou correspondências entre as funções mentais e as áreas do cérebro. Ele localizou as "faculdades cerebrais" superiores, incluindo o julgamento, a reflexão e a abstração, nos lobos frontais, e os sentimentos e paixões nos lobos temporal, parietal e occipital.

Para os cientistas britânicos e alemães do século XIX, o método de correlação de fenômenos clínicos e fenômenos patológicos era uma reminiscência suspeitosa da abordagem craniológica (YOUNG, 1990). Poucos, no entanto, teriam negado que as extraordinárias qualidades positivas ou negativas de gênios, criminosos e doentes mentais haviam sido de alguma forma inscritas

no cérebro. Essa marca de localizacionismo refletia o desenvolvimento da antropometria e a elaboração de tipologias fisionômicas, cranianas e corporais (HAGNER, 2004; RAFTER, 2008).

Conhecer o cérebro sempre era conhecer as funções de suas partes e pelo que eram responsáveis. No final do século XIX, a localização cerebral, as diferenciações de função e a correlação entre estrutura e função haviam tornado-se princípios de investigação; o estudo fisiológico e funcional de regiões distintas do córtex (principalmente por meio de lesões e estimulação elétrica) resultou em detalhados mapas corticais anatômicos. No século XX, os métodos clínicos e experimentais associavam-se cada vez mais. O canadense Wilder Penfield (1891-1976), por exemplo, estimulava seções do córtex em seu trabalho como neurocirurgião no tratamento de epiléticos com cirurgias de crânio aberto. Com base nas respostas dos pacientes, ele mapeou áreas correspondentes a funções motoras e sensoriais e representou-as como um "homúnculo" cujas características são desenhadas proporcionalmente às áreas do cérebro associadas (PENFIELD; BOLDREY, 1937; PENFIELD; RASMUSSEN, 1950; POGLIANO, 2012). Embora não se pareça com um cérebro e não seja topograficamente preciso, o homúnculo pertence à mesma classe de imagens das figuras produzidas pelo neurologista e neurocirurgião alemão Otfried Foerster (1873-1941), com quem Penfield estudou e colaborou, que mapeavam regiões sensorio-motoras descobertas por meio de lesões acidentais ou experimentais em uma representação esquemática, mas realista, do córtex.

Ilustrações e mapeamentos são diferentes do que poderia ser chamado de "registros gráficos", que são traçados (em papel por exemplo) de processos in vivo. A mais conhecida delas é eletroencefalografia, mas, já na década de 1860, os primeiros métodos tentaram medir e registrar graficamente as temperaturas de regiões da cabeça ou do cérebro, bem como a quantidade de sangue circulando no cérebro, e correlacioná-las a tarefas cognitivas; pesquisas na década de 1890 estabeleceram relações entre a atividade cerebral funcional, o metabolismo energético e o fluxo sanguíneo (ZAGO et al., 2012). Trata-se sempre de registrar uma atividade.

No início do século XX, instrumentos de autogravação para registro gráfico da atividade fisiológica deram origem à esperança de estabelecer os fundamentos físicos dos processos psicológicos e de gerar uma "escrita cerebral", graças à qual seria possível ler fenômenos psíquicos de maneira direta (BORCK, 2005). Na década de 1930, embora o inventor da eletroencefalografia, Hans Berger (1873-1941), conceituasse a EEG como "um dispositivo para documentar processos psíquicos através de seus correlatos fisiológicos" (BORCK, 2001, p. 583), a técnica foi celebrada como um dispositivo de leitura da mente. Sua posterior digitalização não alterou fundamentalmente as expectativas e as questões ligadas à imagem, e a neuroimagem funcional tem sido amplamente associada à leitura da mente.

A forma de localização que o imageamento funcional produz não consiste em estabelecer a "sede" de funções específicas, mas em mostrar áreas e circuitos de alguma forma envolvidos nessas funções. A neuroimagem, assim, rompe com a distinção entre imagens funcionais e morfológicas e atua como uma espécie de fisionomia interior (HAGNER, 2009). É essencial, para considerações neuroéticas que, mesmo quando se parecem com as reproduções realistas de um cérebro inteiro ou de áreas tradicionais do cérebro, as imagens de ressonância magnética não aplicam princípios ópticos nem reproduzem coisa alguma: são "opacos de uma maneira que a fotografia não é" (ROSKIES, 2007, p. 871). Sua aparência incorpora decisões sobre a forma de gerar, processar e representar dados numéricos registrados a partir de um cérebro funcionando; estes dados poderiam vir na forma de gráficos ou curvas, em vez de cérebros de cores vibrantes.

Na medida que a IRMf traz à luz a integração funcional, o localizacionismo estático dos mapeamentos anatômicos é substituído pelo localizacionismo dinâmico da imagem funcional. Dos pontos de vista histórico e epistemológico, não deixa de ser significativo que as crenças básicas e esperanças associadas à neuroimagem funcional, bem como muitos de seus usos, tenham levado a comparações com a frenologia (UTTAL, 2001), e que a frenologia e a neuroimagem tenham sido acusadas de compartilhar estratégias equivocadas de mapeamento de estrutura e função (POLDRACK, 2010).

Os paralelos entre a frenologia e a neuroimagem também evidenciam preocupações neuroéticas (TOVINO, 2007b, parte V). Ambas se moveram rapidamente de contextos clínicos e de pesquisa para a arena pública, especialmente no direito e na educação, bem como para aplicações comerciais relacionadas à tomada de decisões e seleção de pessoal. As questões levantadas são relacionadas à localização, mas não especificamente à neuroimagem funcional. Enquanto a frenologia professava identificar a sede cerebral de determinadas funções e a anatomopatologia possibilitava sua localização, a imagem funcional gera correlações entre a atividade cerebral e o desempenho de uma tarefa mental. No entanto, embora neuroeticistas e neurocientistas tendam a acreditar que graças à IRMf as ciências do cérebro e da mente "fizeram mais progressos em uma década do que em mais de dois mil anos" (COWEY, 2001, p. 254), as novas técnicas de visualização funcional coexistem com velhos parâmetros psicológicos (HAGNER; BORCK, 2001, p. 508), bem como com formulações tradicionais dos problemas morais e filosóficos que essas técnicas supostamente revolucionam.

## O ESTRUTURAL E O FUNCIONAL

Como visto acima, a neuroimagem é parte do "neuroexcepcionalismo" que legitima a autonomia da neuroética. Isso não significa que todos os grandes temas neuroéticos estejam inerentemente ligados à neuroimagem. No caso dos avanços farmacológicos das funções neurocognitivas normais, a ressonância magnética é por vezes utilizada, mas seus efeitos são tipicamente avaliados por ensaios clínicos controlados comparando a droga experimental com placebos (REPANTIS et al., 2010). A discussão neuroética relacionada se concentra em questões bioéticas clássicas, tais como segurança, liberdade, justiça e regulação (FARAH et al., 2004; GLANNON, 2008; ILLES; SAHAKIAN, 2011; CHATTERJEE; FARAH, 2013).

O mesmo se aplica a alguns dos tópicos neuroéticos centrais que estão diretamente ligados ao imageamento cerebral. O primeiro exemplo se refere às descobertas acidentais (DETRE; BOCKOW, 2013). Tais descobertas são comuns em pesquisa com seres humanos. Considerando estudos em neuroimageamento, nos quais aparecem com a frequência relativamente alta de 2-3% em pessoas neurologicamente assintomáticas, podem se

revelar condições potencialmente sintomáticas ou tratáveis, bem como vários marcadores de doença cerebrovascular (MORRIS et al., 2009). Reportá-los pode levar a cuidados vitais; no entanto, como a pesquisa em neuroimagem muitas vezes envolve escaneamentos que não são de aplicação clínica e que podem ser lidos por pesquisadores sem formação na interpretação do diagnóstico, suspeitas podem se tornar falsos positivos. Tal situação envolve dilemas qualitativamente idênticos aos que surgem em bioética. O que torna descobertas acidentais em pesquisa de neuroimagem, um tema particularmente significativo para a neuroética é que as anomalias cerebrais podem ameaçar "a função continuada do indivíduo" (WOLF, 2011, p. 626).

O segundo exemplo é o direito à privacidade. Aqui, novamente, a neuroimagem ocupa um lugar de destaque. Suas implicações oferecem analogias aos resultados dos testes de HIV e dos testes genéticos, que, em muitos sistemas legais, estão sujeitos a fortes medidas de proteção à confidencialidade. Aqui, também, o âmbito do "neuro" carece de especificidade. Além disso, não haveria nenhuma razão para aplicar medidas extraordinárias a dados que, embora obtidos por meio de imagem, essencialmente corroboram condições diagnosticadas de outra forma ou até mesmo fornecem "correlatos" de transtornos psiquiátricos como depressão ou esquizofrenia. Medidas excepcionais poderiam ser defendidas – mas isso exigiria aceitar que a IRMf tem o "potencial de revelar *insights* sobre os pensamentos, sentimentos, preferências, preconceitos e outras características sociais e comportamentos de um indivíduo" (TOVINO, 2007a, p. 487).

O terceiro exemplo é a neurociência e a lei (FREEMAN, 2011; SPRANGER, 2012). As questões examinadas nesse contexto, por vezes designadas como "neurodireito", incluem, entre outros mecanismos de detecção de mentiras por neuroimagem, a aceitação de escaneamentos do cérebro nos tribunais ou sua influência para a determinação de graus de culpa e avaliação de responsabilidade. Como em neuroética em geral, as discussões são amplamente focadas em ou derivadas de usos forenses do imageamento cerebral. Geralmente, combinam-se pedidos de atenção sobre as aplicações da neuroimagem no mundo real com a convicção de que, à medida que a neuroimagem se tornar "mais confiável, padronizada e informativa, as tentativas de uso de seus resultados em processos civis e criminais de todos os tipos aumentará

drasticamente" (SIMPSON, 2012, p. 15-16). Na verdade, não há consenso sobre se a neuroimagem afetará argumentos legais sobre o livre arbítrio ou prejudicará princípios de agência e responsabilidade (AGGARWAL, 2009).

Como mencionado anteriormente, a neuroimagem rompe com a distinção entre imagens morfológicas e funcionais. No entanto, como apontam os exemplos de descobertas acidentais, direito à privacidade e direito e neurociência, a neuroética se relaciona mais especificamente a percepções sobre o impacto de suas capacidades funcionais. Estas, no entanto, ficaram aquém de suas promessas. Por exemplo, desde a introdução da tomografia computadorizada (TC), no início da década de 70, a neuroimagem estrutural tem ajudado a identificar lesões patológicas em pacientes epiléticos. Em contraste, a imagem funcional produziu resultados de importância clínica muito limitada, "apesar dos muitos esforços em pesquisa e financiamento" e das frequentes afirmações sobre a sua capacidade de localizar funções ou ajudar na localização pré-cirúrgica (SHORVON, 2009, p. 47-48).

No campo da esquizofrenia, apesar de haver investimentos comparáveis, desde que as primeiras tomografias axiais computadorizadas foram realizadas em meados dos anos 70, "nenhuma alteração anatômica ou funcional consistente ou confiável foi categoricamente associada a psicose ou esquizofrenia e nenhuma aplicação clínica foi desenvolvida" (BORGWARDT; FUSAR-POLI, 2012, p. 270). No entanto, ainda há altas expectativas de que marcadores anatômicos e fisiológicos inequívocos serão produzidos a partir da combinação de modalidades de imagem entre si e com os dados de desenvolvimento neurológico e genético (INSEL, 2010; CALHOUN; HUGDAHL, 2012).

No domínio dos transtornos de humor, o achado de neuroimagem estrutural mais consistente refere-se às hiperintensidades da substância branca em pacientes unipolares; achados de neuroimagem funcional relativamente consistentes incluem uma atividade paralímbica e cortical anterior diminuída em pacientes deprimidos ou bipolares. Estudos na área repetidamente afirmam que imagens do cérebro contribuirão para a compreensão da patogênese (KOOLSCHIJN et al., 2009). Um estudo meta-analítico, no entanto, concluiu que após 25 anos de escaneamento de pacientes com

transtorno bipolar e mais de 7.000 imagens de ressonância magnética geradas, os resultados consistentes são poucos e "regionalmente inespecíficos" (KEMPTON et al., 2008).

Apesar da consistência extremamente limitada dos resultados empíricos, sua falta de significação clínica, as dificuldades interpretativas que apresentam e os muitos problemas metodológicos e epistemológicos que levantam (VIDAL; ORTEGA, 2011), os pesquisadores envolvidos em neuroimagem de transtornos psiquiátricos concluem que a "IRMf tem emergido como uma ferramenta fantástica e fundamental que permitiu que investigadores investigassem a mente e ancorassem as suas conclusões dentro do cérebro" (MALHI; LAGOPOULOS, 2008, p. 114). Mesmo as discussões mais cautelosas (FARAH; GILLIHAN, 2012) consideram apenas "premature" incluir imagens do cérebro entre os critérios de diagnóstico para o Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais mais recente (DSM V). Isso contrasta com outras opiniões, que reconhecem que, em razão da própria natureza das funções cerebrais, o neuroimageamento "pode ser uma tecnologia inerentemente inadequada" para estudá-los (SHORVON, 2009, p. 48).

## **O PRÁTICO E O FILOSÓFICO: DIREÇÕES FUTURAS**

Como apontou a neuroeticista Martha Farah (2005), algumas questões neuroéticas dizem respeito às implicações práticas das neurotecnologias para os indivíduos e para a sociedade, enquanto outras, mais filosóficas, preocupam-se com a relação entre mente e cérebro, bem como os determinantes materiais do comportamento humano. As questões "práticas" estão relacionadas principalmente ao neuromelhoramento, o que levanta dúvidas sobre justiça e igualdade de oportunidades, bem como à utilização de neuroimagem, os quais levantam questões de privacidade, responsabilidade e políticas públicas em âmbitos como o direito, a educação e a saúde pública.

As "filosóficas", derivadas da neurociência mais básica, mas também em grande parte dependentes da neuroimagem, referem-se aos modos como pensamos sobre nós mesmos como pessoas e agentes morais. No geral, a forma como a neuroética tem sido praticada até o momento em que este capítulo foi escrito corrobora a observação de que ansiedades neuroéticas

[acerca, por exemplo, de melhoramento, autenticidade ou livre arbítrio] tornaram-se parte do próprio problema que procuram resolver. Por terem aumentado os poderes das novas ciências do cérebro, [...] tornaram-se parte de uma cultura de exagero e esperança, futurologia e medo. Longe de abrir espaço para o pensamento claro sobre os problemas que nos confrontam hoje, muito da neuroética implicitamente defende os que vivem nessas expectativas, sejam pesquisadores em busca de subsídios, empresas em busca de investimento ou escritores de popularização da ciência que se servem de sensacionalismo para vender seus produtos [...] (SINGH; ROSE, 2006, p. 100).

Da mesma forma, a prática neuroética dominante confirma que "ao passo que neuroeticistas dizem resguardar a sociedade contra os abusos da neurociência, eles também resguardam a neurociência das críticas da sociedade. Isso permite que os neurocientistas impulsionem as fronteiras em direção às novas tecnologias com maior liberdade, despertando a curiosidade do público e expandindo as fronteiras da neuroética" (CONRAD; DE VRIES, 2012, p. 320). Em nenhuma área, isso é mais verdadeiro do que na forma como a neuroética aborda a neuroimagem.

Assim, há dois possíveis novos rumos para a neuroética. Um consistiria em uma análise autorreflexiva de seu papel como consultor especializado, vinculado a seu foco na parte "prática". Para extrapolar as críticas dirigidas à bioética (JOHN, 2004, p. 178-179), pode-se observar que tal foco diz respeito a problemas que são ditados principalmente por mercados norte-americanos e que podem ser "de pouca preocupação ética no contexto mais amplo". A abordagem empirista predominante, que procura avaliar dilemas levantados na área, "distorce a investigação ética, fazendo-nos concentrar em casos especiais que podem não ser os de maior relevância ética". Embora seja significativo discutir o impacto das tecnologias de imagem sobre a privacidade cerebral, pode ser mais significativo perguntar se é socialmente responsável alocar tantos recursos para a neuroimagem em áreas na quais a tecnologia pode não ser adequada para os objetivos buscados e em que a maioria dos resultados tem sido, e pode-se esperar que continuarão sendo, de valor duvidoso.



Uma nova tarefa para a neuroética consistiria em analisar as crenças e interesses subjacentes a tal situação, a fim de explicar e, por fim, questionar sua aliança oportunista com a virada em direção à neuroimagem em psiquiatria e ciências humanas. Por exemplo, para lidar com "o quebra-cabeça da neuroimagem e do diagnóstico psiquiátrico" (FARAH; GILLIHAN, 2012) – a saber, que embora correlatos cerebrais baseados em imagens tenham sido documentados para a maioria dos transtornos psiquiátricos, o imageamento funcional desempenha um papel praticamente nulo na nosologia, etiologia e diagnóstico – neuroeticistas alertam contra pedidos prematuros e alegações exageradas, mas esperam que avanços futuros permitam que o imageamento desempenhe um papel chave nessas áreas. Uma alternativa seria a de colocar a ênfase da neuroética nas expectativas (BROSNAN, 2011), e as pesquisas "neuro" que legitimam, em perspectivas socioeconômicas, políticas, históricas e éticas (COOTER, 2010a, b).

Consequentemente, uma segunda nova direção possível para a neuroética incluiria redirecionar a sua abordagem "filosófica", que até agora tem avaliado de modo acriticamente otimista as potencialidades da neuroimagem. O editorial da primeira edição da revista *Neuroethics* afirmou que "o conhecimento neurocientífico promete transformar a nossa compreensão sobre [...] o que significa ser um ser pensante" e explicou que, ao passo que os avanços da medicina "lidam com nossos corpos, as descobertas neurocientíficas prometem – ou ameaçam – revelar a estrutura e o funcionamento de nossas mentes, e, portanto, de nossas almas" (LEVY, 2008, p. 2). O "conhecimento" e as "descobertas" referidas são em grande parte atribuídas à neuroimagem. Uma vez que tais alegações são a pedra angular da neuroética, a disciplina tomou-as como garantidas, em vez de lidar com elas em seus contextos apropriados.

Historicamente, no entanto, a noção de que, como pessoas, os seres humanos são, essencialmente, os seus cérebros, data apenas do final do século XVII e anda de mãos dadas com o "individualismo possessivo" e uma compreensão da pessoa que enfatiza a autonomia individual; ao contrário do que a neuroética parece defender, não resulta de avanços da neurociência, mas os antecede e tem contribuído para motivar a pesquisa do cérebro (VIDAL, 2009). A história, que está ausente da investigação neuroética,

exceto de maneira extremamente superficial, sugere que, tentar entender a noção de personalidade (no sentido das qualidades que fazem com que um organismo seja uma pessoa), mostrando as redes neuronais que a produziram (FARAH; HEBERLEIN, 2007), é tanto cientificamente como filosoficamente pouco promissor. Da mesma forma, a pesquisa sociológica dos usos que indivíduos dão aos discursos "neuro" (O'CONNOR; JOFFE, 2013) compromete as afirmações da neuroética a respeito do "impacto" social da neurociência. Finalmente, uma rica literatura sobre o surgimento do cérebro como ícone da modernidade ocidental mediado por tecnologias de imagem (DUMIT, 2004; JOYCE, 2008) problematiza a crença dos neuroeticistas de que "imagens do cérebro fornecem informações sobre a mente". O presente e o futuro da neuroética estão vinculados a este ícone de maneiras que a neuroética poderia se beneficiar de sua análise.

## REFERÊNCIAS

AGGARWAL, N. K. Neuroimaging, culture, and forensic psychiatry. **Journal of the American Academy of Psychiatry and Law**, v. 37, n. 2, p. 239-244, 2009.

BARBARA, J. G. Diversité et évolution des pratiques chirurgicales, anatomiques et physiologiques du cerveau au XVIII e siècle. In: CHÉRICI, C.; DUPONT, J. C. (Ed.). **Les querelles du cerveau**: comment furent inventées les neurosciences. Paris: Vuibert, 2008. p. 19-54.

BIZZI, E. et al., **Using imaging to identify deceit**: scientific and ethical questions. Cambridge, MA: American Academy of Arts and Sciences, 2009.

BORCK, C. Electricity as a medium of psychic life: electrotechnological adventures into psychodiagnosis in Weimar Germany. **Science in Context**, Cambridge, v. 14, n. 4, p. 565-590, Dec. 2001.

BORCK, C. **Hirnströme**: Eine Kulturgeschichte der Elektroenzephalographie. Berlin: Wallstein, 2005.

BORGWARDT, S.; FUSAR-POLI, P. Third-generation neuroimaging in early schizophrenia: translating research evidence into clinical utility. **The British Journal of Psychiatry**, v. 200, n. 4, p. 270-272, Apr. 2012.

BROCA, P. Remarks on the seat of the Faculty of Articulated Language, following an observation of aphemia (loss of speech). Tradução GREEN, C. **Bulletin de la Société Anatomique**, Paris, v. 6, p. 330-357, 1861.

BROSNAN, C. The sociology of neuroethics: expectational discourses and the rise of a new discipline. **Sociology Compass**, v. 5, n. 4, p. 287-297, Apr. 2011.

BURKITT, L. Neuromarketing: companies use neuroscience for consumer insights. **Forbes**. New York, 2009. Disponível em: <<http://www.forbes.com/forbes/2009/1116/marketing-hyundai-neurofocus-brain-waves-battle-for-the-brain.html>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

CALHOUN, V. D.; HUGDAHL, K. Cognition and neuroimaging in schizophrenia. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 6, Article 276, Oct. 2012.

CHATTERJEE, A.; FARAH, M. J. (Ed.). **Neuroethics in practice**: medicine, mind, and society. New York: Oxford University Press, 2013.

CLARKE, E.; DEWHURST, K. E. **An illustrated history of brain function**: imaging the brain from antiquity to the present. 2. ed. San Francisco: Norman, 1996.

CLARKE, E.; JACYNA, L. S. **Nineteenth-century origins of neuroscientific concepts**. Berkeley: University of California Press, 1987.

COLTHEART, M. Perhaps functional neuroimaging has not told us anything about the mind (so far). **Cortex**, Varese, v. 42, p. 422-427, 2006.

CONRAD, E. C.; DE VRIES, R. Field of dreams: a social history of neuroethics. In: PICKERSGILL, M.; VAN KEULEN, I. (Ed.), **Sociological reflections on the neurosciences**. Bingley: Emerald Group Publishing, 2012. p. 299-324.

COOTER, R. Inside the whale: bioethics in history and discourse. **Social History of Medicine**, Oxford, v. 23, n. 3, p. 662-672, Oct. 2010a.

COOTER, R. **Neuroethical brains, historical minds, and epistemic virtues**. Wellcome Trust Center for the History of Medicine Symposium "Neuroscience and Human Nature." 2010b. Palestra inédita. Disponível em: <[http://www.ucl.ac.uk/histmed/downloads/articles/neuroethical\\_brains\\_historical\\_minds\\_epistemic\\_virtues.pdf](http://www.ucl.ac.uk/histmed/downloads/articles/neuroethical_brains_historical_minds_epistemic_virtues.pdf)>. Acesso em: 15 jun. 2010.

COWEY, A. Functional localization in the brain: From ancient to modern. **Psychologist**, v. 14, p. 250-254, May 2001.

DETRE, J.; BOCKOW, T. B. Incidental findings in neuroimaging studies. In: CHATTERJEE, A.; FARAH, M. J. (Ed.). **Neuroethics in practice**: medicine, mind, and society. New York: Oxford University Press, 2013. p. 120-127.

DUMIT, J. **Picturing personhood**: brain scans and biomedical identity. Princeton: Princeton University Press, 2004.

FARAH, M. J. Neuroethics: the practical and the philosophical. **Trends in Cognitive Neuroscience**, v. 9, n. 1, p. 34-40, Jan. 2005.

FARAH, M. J. (Ed.). **Neuroethics**: an introduction with readings. Cambridge, MA: MIT Press, 2010a.

FARAH, M. J. Neuroethics: an overview. In: FARAH, M. J. (Ed.). **Neuroethics**: an introduction with readings. Cambridge, MA: MIT Press, p. 1-9, 2010b.

FARAH, M. J.; GILLIHAN, S. J. The puzzle of neuroimaging and psychiatric diagnosis: technology and nosology in an evolving discipline. **AJOB Neuroscience**, v. 3, n. 4, p. 1-11, Oct. 2012.

FARAH, M. J.; HEBERLEIN, A. S. Personhood and neuroscience: naturalizing or nihilating? **The American Journal of Bioethics**, v. 7, n. 1, p. 37-48, Jan. 2007.

FARAH, M. J. et al., Neurocognitive enhancement: what can we do and what should we do? **Nature Reviews Neuroscience**, v. 5, n. 1, p. 421-425, May 2004.

FEUERHAHN, W.; MANDRESSI, R. (Ed.). Les sciences de l'homme à l'âge du neurone **Revue d'histoire des sciences humaines**, n. 25, 2011. Numéro thématique.

FIGLIO, K. M. Theories of perception and the physiology of mind in the late eighteenth century. **History of Science**, v. 12, n. 3, p. 177-212, Sep. 1975.

FINGER, S. **Origins of neuroscience**: a history of explorations into brain function. New York: Oxford University Press, 1994.

FLIS, N. Drawing, etching, and experiment in Christopher Wren's figure of the brain. **Interdisciplinary Science Reviews**, v. 37, n. 2, p. 145-160, Jun. 2012.

FREEMAN, M. (Ed.). **Law and neuroscience**. New York: Oxford University Press, 2011.

GIORDANO, J.; GORDIJN, B. (Ed.) **Scientific and ethical philosophical perspectives in neuroethics**. New York: Oxford University Press, 2010.

GLANNON, W. (Ed.) **Defining right and wrong in brain science: essential readings in neuroethics**. Washington, DC: The Dana Press, 2007.

GLANNON, W. Psychopharmacological enhancement. **Neuroethics**, v. 1, p. 45-54, Jan. 2008.

HAGNER, M. **Geniale gehirne: zur Geschichte der elitenhirnforschung**. Berlin: Wallstein, 2004.

HAGNER, M. The mind at work: the visual representation of cerebral processes. Tradução U. Froese. In: VALL, VAN DE; ZWIJNENBERG, R. (Ed.). **Body within: art, medicine and visualization**. Leiden: Brill, 2009. p. 67-90.

HAGNER, M.; BORCK, C. Mindful practices: on the neurosciences in the twentieth century. **Science in Context**, v. 14, n. 4, p. 507-510, 2001.

HARDCASTLE, V. G.; STEWART, M. C. What do brain data really show? **Philosophy of Science**, v. 69, p. 72-82, 2002.

HARVEY, E. R. **The inward wits: psychological theory in the middle ages and the Renaissance**. London: Warburg Institute, 1975.

HOYER, A. **Neurotechnologie, Philosophie und Hirnforschung. Zur Entstehung und Institutionalisierung der Neuroethik**. 2010. Dissertação (Mestrado em Filosofia)–Johann Wolfgang Goethe-Universität, Frankfurt am Main, 2010.

ILLES, J. Neuroethics in a new era of neuroimaging. **American Journal of Neuroradiology**, v. 24, p. 1739-1741, 2003.

ILLES, J. (Ed.) **Neuroethics**: defining the issues in theory, practice, and policy. New York: Oxford University Press, 2006.

ILLES, J.; SAHAKIAN, B. (Ed.) **Oxford handbook of neuroethics**. New York: Oxford University Press, 2011.

ILLES, J.; KIRSCHEN, M.; GABRIELI, J. From neuroimaging to neuroethics. **Nature Neuroscience**, v. 6, n. 3, 2003.

ILLES, J.; RACINE, E. Imaging or imagining? A neuroethics challenge informed by genetics. **American Journal of Bioethics**, v. 5, n. 2, p. 5-18, 2005.

ILLES, J.; RACINE, E.; KIRSCHEN, M. P. A picture is worth a thousand word, but which one thousand? In: ILLES, J. (Ed.) **Neuroethics**: defining the issues in theory, practice, and policy. New York: Oxford University Press, 2006. p. 149-168.

INSEL, T. Rethinking schizophrenia. **Nature**, v. 468, n. 7321, p. 187-193, Nov. 2010.

JOHN, S. Titanic ethics, pirate ethics, bioethics. **Studies in history and philosophy of the biological and biomedical sciences**, v. 35, n. 1, p. 177-184, 2004.

JOYCE, K. A. **Magnetic appeal**: MRI and the myth of transparency. Ithaca: Cornell University Press, 2008.

KEMP, S. **Medieval psychology**. New York: Greenwood Press, 1990.

KEMPTON, M. et al. Meta-analysis, database, and meta-regression of 98 structural imaging studies in bipolar disorder. **Archives of General Psychiatry**, v. 65, n. 9, p. 1017-1032, Sep. 2008.

KENDLER, K. S.; FIRST, M. B. Alternative futures for the DSM revision process: Iteration v. paradigm shift. **The British Journal of Psychiatry**, v. 197, n. 4, p. 263-265, Oct. 2010.

KOOLSCHIJN, C. et al. Brain volume abnormalities in major depressive disorder: a meta-analysis of magnetic resonance imaging studies. **Human Brain Mapping**, v. 30, n. 11, p. 3719-3735, May 2009.

KOSSLYN, S. M. If neuroimaging is the answer, what is the question? **Philosophical Transactions of the Royal Society of London**, v. 354, n. 1387, p. 1283-1294, Jul. 1999.

KULYNYCH, J. Legal and ethical issues in neuroimaging research: human subjects protection, medical privacy, and the public communication of research result. **Brain and Cognition**, v. 50, n. 3, p. 345-357, Dec. 2002.

LARINK, W. **Bilder vom gehirn**: bildwissenschaftliche zugänge zum gehirn als seelenorgan. Berlin: Akademie Verlag, 2011.

LEVY, N. **Neuroethics**: challenges for the 21st Century. New York: Cambridge University Press, 2007.

LEVY, N. Introducing neuroethics. **Neuroethics**, v. 1, n. 1, p. 1-18, Feb. 2008.

LITTLEFIELD, M. M.; JOHNSON, J. M. (Ed.). **The neuroscientific turn**: transdisciplinarity in the age of the brain. Ann Arbor: University of Michigan Press, 2012.

MALHI, G. S.; LAGOPOULOS, J. Making sense of neuroimaging in psychiatry. **Acta Psychiatrica Scandinavica**, v. 17, n. 2, p. 100-117, Feb. 2008.

MANDRESSI, R. Le cerveau et ses représentations dans la première modernité (XVIe-XVIIesiècles). **Médecine/Sciences**, v. 27, p. 89-93, 2011.

MOLNÁR, Z. Thomas Willis, the founder of clinical neuroscience. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 5, n. 4, p. 329-335, 2004.

MORRIS, Z. et al., Incidental findings on brain magnetic resonance imaging: systematic review and meta-analysis. **BMJ**, v. 339, b3016, 2009.



O'CONNOR, C.; JOFFE, H. How has neuroscience affected lay understanding of personhood? A review of the evidence. **Public Understanding of Science**, v. 22, n. 3, p. 254-268, Feb. 2013.

ORTEGA, F. Toward a genealogy of neuroascesis. In: ORTEGA, F.; VIDAL, F. (Ed.), **Neurocultures: glimpses into an expanding universe**. New York: Peter Lang, 2011. p. 27-44.

PENFIELD, W.; BOLDREY, E. Somatic motor and sensory representation in the cerebral cortex of man studied by electrical stimulation. **Brain**, v. 60, n. 4, p. 389-443, Dec. 1937.

PENFIELD, W.; RASMUSSEN, T. **The cerebral cortex of man: a clinical study of localization of function**. New York: Macmillan, 1950.

POGLIANO, C. Penfield's homunculus and other grotesque creatures from the Land of If. **Nuncius**, v. 27, n.1, p. 141-162, Jan. 2012.

POLDRACK, R. A. Mapping mental function to brain structure: How can cognitive neuroimaging succeed? **Perspectives on Psychological Science**, v. 5, n. 6, p. 753-761, Nov. 2010.

RACINE, E.; BAR-ILAN, O.; ILLES, J. fMRI in the public eye. **Nature Reviews Neuroscience**, v. 6, n. 2, p. 159-164, Feb. 2005.

RACINE, E.; BELL, E.; ILLES, J. Can we read minds?: ethical challenges and responsibilities in the use of neuroimaging research. In: GIORDANO, J.; GORDIJN, B. (Ed.) **Scientific and ethical philosophical perspectives in neuroethics**. New York: Oxford University Press, 2010a. p. 244-270.

RACINE, E. et al. Contemporary neuroscience in the media. **Social Science & Medicine**, v. 71, n. 4, p. 725-733, Aug. 2010b.

RAFTER, N. **The criminal brain**: understanding biological theories of crime. New York: New York University Press, 2008.

REPANTIS, D. et al. Modafinil and methylphenidate for neuroenhancement in healthy individuals: a systematic review. **Pharmacological Research**, v. 62, n. 3, p. 187-206, Sep. 2010.

RENNEVILLE, M. **Le langage des cranes**: une histoire de la phrénologie. Paris: Les Empêcheurs de tourner en rond, 2000.

ROSKIES, A. L. Neuroethics for the new millenium. **Neuron**, v. 35, n. 1, p. 21-23, Jul. 2002.

ROSKIES, A. L. Are neuroimages like photographs of the brain? **Philosophy of Science**, v. 74, n. 5, p. 860-872, Dec. 2007.

ROSKIES, A. L. Brain-mind and structure-function relationships: a methodological response to Coltheart. **Philosophy of Science**, v. 76, n. 5, p. 927-939, Aug. 2009.

ROSKIES, A. L. Saving subtraction: A reply to Van Orden and Paap. **The British Journal for the Philosophy of Science**, v. 61, n. 3, p. 635-665, Jun. 2010.

ROUSSEAU, G. "Brainomania": brain, mind and soul in the long eighteenth century. **British Journal for Eighteenth-Century Studies**, v. 30, n. 2, p. 161-191, Oct. 2007.

SCHICK, A. Neuro exceptionalism? **The American Journal of Bioethics**, v. 5, n. 2, p. 36-38, Mar./Apr. 2005.

SCHLEIM, S.; ROISER, J. P. fMRI in translation: the challenges facing real-world applications. **Frontiers in Human Neuroscience**, v. 3, p. 1-7, Dec. 2009.

SHORVON, W. D. A history of neuroimaging in epilepsy 1909-2009. **Epilepsia**, v. 50, p. 39-49, Mar. 2009. Suplemento.

SIMPSON, J. R. Introduction. In: SIMPSON, J. R. (Ed.). **Neuroimaging in forensic psychiatry**: from the clinic to the courtroom. Oxford: Wiley-Blackwell, 2012.

SINGH, I.; ROSE, N. Neuro-forum: an introduction. **BioSocieties**, v. 1, n. 1, p. 97-102, Mar. 2006.

SPRANGER, T. M. (Ed.). **International neurolaw**: a comparative analysis. Berlin: Springer: Stanford University Press, 2012.

STAR, S. L. **Regions of the mind**: brain research and the quest for scientific certainty. Stanford: Stanford University Press, 1989.

TEMKIN, O. **Galenism**: rise and decline of a medical philosophy. Ithaca: Cornell University Press, 1973.

TOVINO, S. Functional neuroimaging information: a case for neuro exceptionalism? **Florida State University Law Review**, v. 34, p. 414-489, 2007a.

TOVINO, S. Imaging body structure and mapping brain function: a historical approach. **American Journal of Law & Medicine**, v. 33, p. 193-228, 2007b.

UTTAL, W. R. **The new phrenology**: the limits of localizing cognitive processes in the brain. Cambridge, MA: MIT Press, 2001.

VAN ORDEN, G. C.; PAAP, K. R. Functional neuroimages fail to discover pieces of the mind in the parts of the brain. **Philosophy of Science**, v. 64 (Proceedings), p. 85-94, 1997.

VAN WYHE, J. The authority of human nature: the Schädellehre of Franz Joseph Gall. **British Journal for the History of Science**, v. 35, n. 124, p. 17-42, Mar. 2002.

VIDAL, F. Brainhood, anthropological figure of modernity. **History of the Human Sciences**, v. 22, n. 1, p. 5-36, 2009.

VIDAL, F. **The Sciences of the Soul: the Early Modern Origins of Psychology**. Tradução Brown, S. Chicago: University of Chicago Press, 2011.

VIDAL, F.; ORTEGA, F. Are there neural correlates of depression? In: CHOUDHURY, S.; SLABY, J. (Ed.), **Critical neuroscience: a handbook of the social and cultural contexts of neuroscience** Oxford: Wiley-Blackwell, 2011. p. 345-366.

WILLIS, T. **The anatomy of the brain and nerves**. Tradução PORDAGE, S. B., AL: The Classics of Neurology & Neurosurgery Library, 1983.

WOLF, S. M. Incidental findings in neuroscience research: a fundamental challenge to the structure of bioethics and health law. In: ILLES, J.; SAHAKIAN, B. (Ed.). **Oxford handbook of neuroethics**. New York: Oxford University Press, 2011. p. 623-634,

WOLPE, P. R. The neuroscience revolution. **The Hastings Center Report**, v. 32, n. 4, p. 8, Jul. 2002.

YOUNG, R. **Mind, brain and adaptation in the nineteenth century: cerebral localization and its biological context from Gall to Ferrier**. New York: Oxford University Press, 1990.

ZAGO, S. *et al.*, Functional neuroimaging: a historical perspective. In: BRIGHT, P. (Ed.). **Neuroimaging: methods**. Rijeka: InTech, 2012. Disponível em: <<http://www.intechopen.com/books/neuroimaging-methods/the-origins-of-functional-neuroimaging-techniques>>. Acesso em: 14 abr. 2012.

ZIMMER, C. **Soul made flesh: the English civil war and the mapping of the mind**. London: Heinemann, 2004.





# CAPÍTULO 3

## IMPOSTURAS EPISTEMOLÓGICAS: NOTAS PARA UMA APROXIMAÇÃO ENTRE PSICOLOGIA SOCIAL E NEUROCIÊNCIAS <sup>1</sup>

**MARCOS ADEGAS DE AZAMBUJA  
FERNANDA CAVALHEIRO DOS SANTOS**

---

<sup>1</sup> Agradecimento imenso ao amigo e sociólogo Felipe Vargas pela sugestão do título e leitura sensível ao material, que possibilitou viradas abissais nesta escritura, principalmente, com as contribuições do pensamento de Isabelle Stengers. Indico a Resenha do livro de Prigogine e Stengers *Entre le temps et l'éternité* publicada por Felipe (VARGAS, 2014).

Seria possível um diálogo entre Ciências da Vida e Ciências Sociais e Humanas ou seriam estes dois campos eternamente afastados? Seria interessante refletir sobre uma maior aproximação entre essas ciências, mais especificamente, na temática dentro da qual estamos situados, entre Neurociências e Psicologia Social? Convidar-se-ia um pesquisador das Humanas e Sociais a colaborar em uma pesquisa de laboratório e vice-versa? Enfim, seria possível pensar o que é e como se faz ciência, neste encontro entre ciências aparentemente tão distintas?

Neste ensaio, procura-se dar seguimento às experiências de pesquisa que se iniciaram em 2008, com a tese de doutorado em Psicologia, *Da alma para o corpo e do corpo para o cérebro: os rumos da Psicologia com as Neurociências* (AZAMBUJA, 2012), e seu prolongamento com a pesquisa denominada *Saúde Cerebral: Redes Sócio-técnicas entre Saúde Mental, Ciências do Cérebro e Sistema Único de Saúde* (apoio CNPq). Foi esta última, a propósito, que impulsionou a publicação desse livro.

Assim, escolhemos abrir uma discussão acerca do modo como muitos de nós, das áreas Sociais e Humanas, nos posicionamos frente às neurociências, justamente por questionar o modelo das Ciências Naturais e Exatas e os efeitos de suas intervenções no dito 'ser humano'. Não nos colocamos fora disso. Pelo contrário. As experiências de pesquisa e as abordagens de pensamento com quais nos assentamos é que nos levaram a questionar os limites da potência inventiva da maneira como vínhamos nos aproximando de campos considerados problemáticos para nossa área de estudo, como é o caso das neurociências.

Neste ensaio, procura-se pensar o que nos distancia, quais os temores e como podemos arriscar conduzir nossa crítica na relação entre Psicologia Social e Neurociências. Além disso, procuramos sugerir convergências possíveis entre Psicologia Social e Neurociências no sentido de nos colocarmos em um campo comum de invenção dos sujeitos. Esse campo comum pode se encontrar, talvez, se nossas análises não estiverem tão preocupadas com aquilo que nós somos, mas com aquilo que podemos fazer. Procurar encontrar as contingências históricas da formação e funcionamento de uma

série de práticas com as quais nós, seres humanos, estabelecemos relações particulares que constituem determinadas capacidades.

Essa “aquisição” de capacidades dá-se em consequência das formas pelas quais suas forças, energias, propriedades e ontologias são constituídas e moldadas ao serem utilizadas, inscritas e talhadas por agenciamentos diversos e ao serem conectadas a agenciamentos diversos (ROSE, 2001, p. 145).

Sendo assim, neste texto, apesar de optarmos mais pelas reflexões e menos pelos relatos da etnografia realizada num laboratório de neurociências, não há dúvida de que é muito o resultado do encontro com os neurocientistas que nos ‘capacitou’ tais pensamentos. Não tão somente estar com os pesquisadores, mas antes com toda a sorte de não humanos que se agencia em um laboratório: os objetos de uso diário, como pipetas, microscópios, tubos de ensaio, placas de petri, balança e ponteiras; além dos animais, como os ratos, camundongos e vermes; as prateleiras, etiquetas e objetos organizados em sua hierarquia; sem esquecer os cuidados com assepsia. Inclui-se, também, as horas, turnos e dias de monitoramento, avaliação e réplicas de experimentos – um verdadeiro trabalho de atenção e paciência pelo prazer de um resultado satisfatório para os cientistas. Compor este agenciamento nos permitiu pensar de outros modos.

### **DISTANCIAMENTOS, MEDOS E CRÍTICAS**

Para que o leitor tenha ideia da dimensão das distâncias e afastamentos entre as ciências aqui abordadas, note-se: levamos dois anos para conseguir contato “olho a olho” com um pesquisador na área das neurociências. Talvez esse tempo se reduzisse se não fossem todas as atribuições que o universo acadêmico exige – sala de aula e suas preparações e planejamentos; os departamentos e as reuniões ordinárias e extraordinárias; as atividades administrativas, como relatórios, prestações de contas, entre outras coisas. É provável que esse tempo se reduzisse se deixássemos esses afazeres de lado, mas é preciso levar em consideração que tais agenciamentos acadêmicos não estão separados do modo como fazemos ciência e pesquisa.



São essas contingências particulares – além das já mencionadas, a relação com computadores, a formação de grupos de pesquisa, a escrita de artigos, as bancas avaliativas, as salas com luzes fluorescentes etc. – ou seja, são por essas específicas associações com vários dispositivos, técnicas, pessoas e objetos que podemos dar importância a aspectos de nós próprios e de nossa experiência: sermos pesquisadores, cientistas, professores. E foi, talvez, pelas formas com as quais nos foi possível fazer e nos compormos de certa “agência”, que as primeiras tentativas de aproximação que adotamos para conhecer os neurocientistas de uma universidade do interior do Rio Grande do Sul foram fracassadas.

Essas tentativas primaram pelo distanciamento físico entre as pessoas (a utilização do correio eletrônico e telefone), pela formalidade acadêmica (a apresentação textual do projeto de pesquisa) e pela ética tradicional de pesquisa (a solicitação de autorização da pesquisa pelo departamento em que os pesquisadores estavam alocados). Primeiro, contato por email. Depois, rápida conversa por telefone. Outro email com nosso projeto resumido e a pontuação de uma resposta: “Prezado Marcos, os líderes do grupo leram e avaliaram seu projeto. Concluímos que não poderemos te ajudar a atingir teus objetivos, e teu pedido para circular no Lab foi negado. Recomendo que procure outro grupo de pesquisa para contato” (email de um coordenador de departamento aos 10 de janeiro de 2013).

Esse distanciamento, que poderia ser atribuível aos desencontros gerados pelas obrigações acadêmico-profissionais (falta de tempo, ter de dar atenção a mais uma pessoa que está fora da área de interesse etc.), também parece estar atrelado a um profundo desentendimento epistemológico (projeto com linguagem incompreensível, noções sobre o pesquisar e sobre as neurociências avessas ao modo de eles compreenderem etc.) e, por que não, político (questionamento da forma como constroem a própria ciência, sua aplicabilidade, seus elos institucionais e de mercado e seus efeitos sociais). Todavia o que gostaríamos de referir é que não se trata de uma diferença que se instaura *entre* os campos da psicologia social e das neurociências de tal maneira que somente reforçaria o primado da ruptura epistemológica. Por que esse contato terminou conduzindo a uma ‘incapacidade de

nos ajudarmos? Quais agenciamentos deveriam se conectar para que essa 'aquisição' de capacidades se instaurasse?

O que sumariamente apontaremos é que esse 'desentendimento' é, antes, um profundo problema que ambos os domínios partilham. Quando falamos em um 'problema partilhado' não nos referimos ao 'mesmo problema', mas ao *meio fronteiro* a partir do qual, à singularidade de cada saber, pode-se compartilhar questões. Talvez possamos compartilhar quando, como propõe Latour (2001), relacionarmos duas séries paralelas de artefatos que jamais se cruzam: das ideias e da sociedade. Ao invés de separarmos isso, as consideremos como um coletivo de agências heterogêneas. Isso nos ajudaria a pensar que nossas vidas, sentimentos, nossas epistemologias se mesclam aos não humanos mobilizados nos laboratórios, em nossas profissões, nos ambientes universitários.

Pensando com Henri Bergson (1974), refletimos sobre que relação há entre as técnicas do 'fazer ciência', incontornáveis à necessidade da precisão métrica da relação tempo-espço, e seu contexto de instauração, aparentemente também indissociável das salas das universidades, da pressão dos prazos e das obrigações formais. A questão não é simples e menos ainda dirigida exclusivamente às neurociências. As dificuldades pragmáticas anteriormente mencionadas também tocam a nós, psicólogos sociais. Foi justamente na tentativa de se aproximar das neurociências que isto se tornou evidente: estamos atrelados à uma prática de pesquisa que mantém uma relação de maior afinidade do que estamos dispostos a admitir com seu 'contexto de produção'. A primeira resposta que obtivemos, "não poderemos te ajudar a atingir seus objetivos", denunciou, para nós, a inseparabilidade, *no tratamento*, das obrigações acadêmico institucionais com nossas construções conceituais.

Assim sendo, gostaríamos, de início, de salientar por que os três pontos anteriores – distanciamento, formalidade e ética tradicional de pesquisa – pertenceriam a esse coletivo (técnico-contextual) de circunstâncias da prática de pesquisa em Psicologia Social que configuram um pesquisar *sobre* os outros. Esses aspectos estão entrelaçados à era cartesiana, ou melhor, aos postulados da filosofia moderna tais quais o racionalismo e seus derivados

– positivismo, idealismo e associacionismo –, bem como ao cientificismo que perdura até hoje.

Esse modo de fazer ciência visa produzir conhecimento primordialmente a partir de uma perspectiva de tempo ideal ou lógico-matemática, na qual seria possível apreender a realidade, mensurá-la e generalizá-la, como se a realidade fosse sempre a mesma no decorrer do tempo. É como se a condição da pesquisa fosse tomar a realidade enquanto presa em um espaço de tempo. É mortificá-la, retirando-a da fluidez da vida, do tempo em si, aquilo que Bergson denomina *duração*.

Assim, desloca-se a duração para imagens de espaço físico ou unidades do espaço lógico-matemático. A ciência positiva, em sua atividade de análise que lhe é natural, procura, ao infinito, apreender seu objeto de estudo das mais variadas perspectivas, a fim de dar conta de representar por completo tal objeto. Porém ela nunca chega a um absoluto, somente a um relativo, pois o exercício analítico exige sempre uma exterioridade, isto é, uma expressão, tradução ou representação simbólica do objeto. Tratando-se, em suma, de um ponto de vista, já não se fala mais da coisa em si, já não se está mais nela, mas se fala sobre ela e fora dela, utilizando-se de representações que fazem conhecer o objeto por comparação, analogia ou semelhança a outros objetos, mas que não pertencem propriamente à natureza do objeto em estudo (BERGSON, 1974)<sup>1</sup>.

Nesse sentido, o distanciamento segue uma tradição de pensamento na qual se deve manter uma relação, entre sujeito e objeto, entre sujeito e sujeito ou, ainda, entre sujeito e realidade, que não sofra uma influência das circunstâncias da pesquisa, ao ponto de que não se provoque uma distorção da percepção de quem pesquisa<sup>2</sup>. É por meio desses indícios que entendemos o pesquisar *sobre* os outros. O contato com os sujeitos de pesquisa se faz e se mantém ao longo do processo dentro de uma distância ideal, como se fosse possível resguardar o estado natural daquilo que se pesquisa.

<sup>1</sup> Sobre Bergson e uma Psicologia da Duração, cf. Azambuja, Guareschi e Baum (2014).

<sup>2</sup> Não queremos dizer que uma percepção não mude. Isso seria desconsiderar toda a fenomenologia. Queremos dizer, simplesmente, que não há uma percepção ideal ou última como o domínio correspondente da realidade em si de um objeto.

Daí que se chega ao segundo ponto, da formalidade acadêmica, da manufatura de um projeto alheio ao contato com o campo de pesquisa. De um pensar distanciado, preocupado com o delineamento, com o universo ao qual se vai debruçar sobre. Interessado em métodos e instrumentos capazes de revelar ou de comprovar hipóteses sobre a realidade, de traduzir os dados coletados em informações de pesquisa: “(...) um jeito de fazer com que algo permaneça *constante* ao longo de uma série de transformações” (LATOURET, 2001, p. 74), quase como que se não fosse perceptível todos os agenciamentos que se incitam ao se pesquisar. Além disso, de modo geral, as pessoas que recebem o projeto (ou, por vezes, apenas o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido) para fazerem a apreciação sobre como pretendem pesquisá-los, encontram uma linguagem especializada, distante e formal, ao ponto de fazer parecer que o seu próprio mundo não é, muitas vezes, o mundo daqueles que pesquisam.<sup>3</sup>

Por fim, temos a verticalização do universo da pesquisa. Geralmente, se faz um primeiro contato com as instituições dos proponentes da pesquisa antes de se solicitar autorização para aqueles que *de fato* vão participar do processo. Nas Ciências Sociais e Humanas, as normativas dos Comitês de Ética em Pesquisa obedecem parâmetros oriundos da tradição das ciências ditas naturais, desconsiderando que o pesquisar com seres humanos contém suas particularidades, exigindo outras formas de fazer ciência. Mais que isso, poderíamos pensar, com Silveira e Hüning (2010), que a própria institucionalização da ética no formato de comitês, agora compreendendo a psicologia social e as neurociências, com a criação de disciplinas para seu estudo e com a seleção de pessoas que teriam autoridade para sua validade, retiraria o caráter da ética que se constitui *nas relações específicas* daqueles que vivem determinadas situações.

Antes de passarmos para os medos das sociais e humanas com relação às neurociências, pensemos sobre o que se depreendeu até aqui a propósito dos três pontos apresentados. Estamos em vias de considerar que a maneira como as contingências do pesquisar e do contexto acadêmico institucional,

<sup>3</sup> Uma excelente crítica a esse movimento se lê em *Entre le temps et l'éternité*, livro escrito por um físico (Ilya Prigogine) e uma filósofa (de formação também em física, Isabelle Stengers). À separação entre as ciências, os autores propõem “um mesmo e múltiplo mundo” (p. 343).

já mencionados anteriormente, não estão separados das formas como pensamos nossas pesquisas, como nos constituímos enquanto pesquisadores, como elaboramos nossas epistemologias e nossas relações éticas com nós mesmos e com os outros. Assim, parece-nos insuficiente considerar que se posicionar mais nos processos em detrimento dos resultados instauraria uma diferença inovadora às formas consolidadas de pesquisa sobre os outros. Considerar-se inventivo, interventivo e performático por acompanhar os processos, ainda nos soa demasiado frágil, pois, da forma como estamos propondo, não haveria nada que já não fosse inventivo no pesquisar de um laboratório, por exemplo, – mesmo que para nossa área ponderemos tais abordagens como reducionistas ou limitadoras. Se assim o fizermos, instilamos, sub-repticiamente, como veremos mais adiante, uma noção de poder no caráter produtivo, criativo do empreendimento. Ademais, se considerarmos uma perspectiva mais pragmática, qual pesquisa não se posiciona nos processos e qual não chegaria a alguma constituição de resultados? É claro que seria necessário abrir outra discussão sobre esses aspectos, e aqui apenas deixamos um rastro.

Para que outra postura de pesquisa emergisse em nossa própria prática, ainda seria necessário revisitar o caráter agressivo com o qual parte das Ciências Sociais e Humanas, não raro, se dirigem às neurociências<sup>4</sup>. Tememos os avanços destas últimas, desde meados do século passado, e esse sentimento somente se agravou no século XXI. De certa forma, esse medo não é à toa: as ciências do cérebro parecem rearticular de modo inédito três grandes categorias que atravessam as humanidades: ser humano, social e mente. Ademais, não podemos deixar de mencionar o montante financeiro que as agências de fomento para pesquisa direcionam para as Ciências da Vida em comparação à área das Humanas e Sociais.

Todavia, em não se tratando de um medo gratuito, como poderíamos qualificá-lo ou abordá-lo? Nosso temor não seria daqueles que perderiam

---

<sup>4</sup> No que se refere à Psicologia, lembremos que o cognitivismo, em grande ascensão, faz parte das Ciências Sociais e Humanas, mas compartilha, em grande parte, da produção de conhecimento em Neurociência. Com este exemplo, queremos dizer que há a agressividade e cisões dentro do próprio campo das Sociais e Humanas, bem como aproximações à área das neurociências.

território dentro do campo discursivo e do jogo de mercado? As articulações técnico científicas com as quais as neurociências procuram compreender, apontar, explicar e manipular o funcionamento do ser humano permitiram deslocamentos significativos nos discursos e práticas da clínica e da interioridade. Passamos a compreender e a governar a nós mesmos como seres formados por nossa biologia, nossos estados mentais são mapeados em nosso próprio organismo. Fortalece-se um mercado que intervém nas pessoas pela exterioridade molecular dos neurônios, das sinapses, da eletro-química humana.

Com isso, alguns conceitos e práticas que considerávamos inerentes e naturais para nossas ciências e profissões, estão se modificando, o que gerou, para muitos, a necessidade de sustentar as bases dos enunciados e práticas de suas áreas contra as neurociências. É o campo de forças de saber e poder no universo científico. Enfim, o que se pode falar em poucas linhas seria o que de suas intersecções faz-nos pensar sobre o que se tornou natural nas categorias do humano, social e mente, e que já nos passa quase como que despercebido.

Com relação à categoria humano, o cérebro não seria uma nova meta-narrativa – explica tudo, abarca tudo e assegura a verdade do sujeito? Talvez pensar o cérebro como um *dispositivo*<sup>5</sup>; talvez não mais a forma Ser Humano das Ciências Humanas, mas uma forma Humano da ciência de modo geral. O cérebro permite essa intersecção entre várias ciências, sem subdividi-las entre naturais e humanas: o cérebro permite pensar a natureza, permite ao ser humano pensar sobre si mesmo e o mundo, torna-se tanto um objeto que se dá a conhecer como o recurso para o conhecimento. Nessa lógica, só podemos pensar na diferença que se faz em ter um cérebro.

Já os temores do social aparecem nas palavras de Ortega e Bezer- ra (2006): “De órgão a ator social, o cérebro humano é cada vez mais percebido como aquilo que nos define”. Em verdade, vislumbra-se o aparecimento dessa nova figura socioantropológica nos avanços das neurociências, nas discussões políticas e teológicas, nas artes, na mídia, enfim,

<sup>5</sup> Sobre o dispositivo do cérebro cf. Azambuja e Guareschi (2016).

“(...) nos discursos, nas imagens e nas práticas que podem ser globalmente designadas de ‘neurocultura’” (ORTEGA; VIDAL, 2007, p. 257).

Com respeito à mente humana, novo *locus* de discussão da alma, a preocupação estaria no movimento que detecta toda a Psicologia no corpo, ou melhor, no cérebro. Seria o medo de um biologismo sobre o psiquismo<sup>6</sup>? Talvez um plano de composição em que o biológico torna-se um enunciado, que costura as possibilidades da ciência, que vai permitindo ligar distintos objetos entre Ciências Naturais e Humanas. Nesse processo, assegura-se a existência empírica do humano, assegura-se um objeto concreto em termos de investimentos e regulações: a alma é fugidia e é do íntimo, do inacessível, a não ser pela moral; o cérebro não: é evidência e não um problema.

Nosso intento não é o de nos posicionarmos defensores de uma interioridade humana, tampouco na defesa do social. O surgimento desse medo está muito mais ligado em considerar as unidades de discurso da interioridade e do social como naturais, ‘esquecendo’ que são contingências históricas que fazem emergir um sujeito que se conduz (i) a partir de uma interioridade e (ii) como um ser social. Também não procuramos achar um lado bom ou mau nessas relações entre Ciências Humanas e Sociais, e Ciências Naturais e da Vida, mais especificamente, entre Psicologia e Neurociências. Não nos parece ser essa a questão. O avanço das Neurociências desloca certas unidades discursivas que, como dissemos anteriormente, já haviam se naturalizado, obrigando, de uma forma ou de outra, um rearranjo do próprio campo científico disciplinar.

Na contramão de que esses eventos das ‘neuros’ são lidos como movimentos reducionistas, gostaríamos de argumentar que eles poderiam ser mais bem caracterizados como *processos produtivos*. Em vez de somente apontar para as tendências convencionais das neurociências, trabalhos como de Nikolas Rose (2007), Anne Beaulieu (2012) e Catherine Malabou (2008) inspiram uma abordagem sobre as ciências do cérebro que enfatiza as capacidades para reinvenção e transformação. Como Foucault (1988) argumenta, os mecanismos de poder não são pobres, monótonos e repetitivos em suas táticas. Muito menos levariam somente

---

<sup>6</sup> Sobre a problemática do biologismo sobre o psiquismo, cf. Azambuja e Hüning (2015).

à colocação de limites – concepção jurídica de poder, da obediência e interdição. O poder em nossa sociedade é criativo e constitui eficácia produtiva, riqueza estratégica e positividade.

Por outro lado, não queremos dizer que o exercício da crítica deva ser eliminado. De forma alguma! Pensamos com Foucault: a crítica ou nossas análises não nos devem servir como solução de um problema, como uma maneira de encontrar uma alternativa para um problema elencado em outro momento por nós mesmos ou alhures. A cada dia, seguindo esse historiador das ideias, deveríamos escolher algo de perigoso, algo de problemático naquilo que fazemos (FOUCAULT, 2013). É, em certa medida, no prolongamento dessa ideia, ainda que certamente não se trate de uma continuidade, que toda a filosofia de Isabelle Stengers (2000) se dirige. “Aguçar o gosto pelo risco”, diz ela, passa pela aposta na dimensão perigosa de colocar à prova nossa própria posição de legitimidade, ou seja: “jamais dizer ao cientista “tu deverias” ou “tu poderias fazer”, mas tentar entender o que eles fazem a partir de seus sonhos e medos” (p. 3).

Mas como produzir a crítica sem ferir os sentimentos estabelecidos?<sup>7</sup> Mais ainda, como fazer a crítica nos incluindo nela, como coparticipes do processo? Aqui, um parênteses. Primeiro, trata-se de considerar o caráter reflexivo das Ciências Sociais e Humanas apontado por Foucault (1990), uma vez que, quando fazem a crítica ou a análise, seu objeto é a sua própria condição de existência, o humano. Ainda dentro disso, seria pertinente conceber que as Ciências da Vida também criam certa reflexividade a si mesmas, já que pesquisam, intervêm, transformam seu objeto de estudos, que somos nós mesmos. Segundo, a respeito do que cremos já termos nos estendido o suficiente, não há como estabelecer uma análise crítica de fora de um processo inventivo. Terceiro, quando formulamos uma crítica ou um problema para, sobre ou com relação a outros, o problema não pode estar somente naqueles que recebem a crítica, pois quem o exprimiu também o criou. Assim, o problema criado por nós também é nosso. Mais diretamente, necessitamos dos neurocientistas para formular a crítica.

---

<sup>7</sup> Isabelle Stengers (1999) faz exatamente essa pergunta no livro *A Invenção das Ciências Modernas*, denominando sua postura por meio da “restrição leibniziana”.



Então, como produzir, na relação com as Ciências da Vida, não somente crítica, mas formas de pensamento que constituam *uma vida*, no sentido Deleuziano? Não a *vida* – que tem o artigo definido, totalitário, em sua frente, mas *uma vida* com seu artigo indefinido, que carrega sua totalidade na incompletude, que se compõe singular no meio do coletivo, na potência do anonimato. Como já referimos em outro lugar:

Interessa-nos percorrer esses circuitos para, assim, provocarmos encontros inusitados, fazermos curto-circuitos, mas não seguindo o modelo que se opõe diretamente às forças em jogo no intuito de tomar o centro de poder. Não é intenção afirmar outras formas de se viver seguindo uma matriz dialética, lógica da contradição e da complementaridade, que resiste a partir de um lugar da recusa, da negação ou do complemento (AZAMBUJA; GUARESCHI, 2007, p. 450).

Não queremos ‘fazer da mesma forma’, ou reincidir em nossas práticas por simples narcisismo epistemológico. Temos visto, na maioria dos últimos eventos no cenário das lutas políticas, dos movimentos sociais, das disputas econômicas e científicas e, por que não, cotidianas, um efeito colateral avassalador: para afirmar a si, para afirmar a própria existência, há a necessidade de alguma ‘escora’ sobre o outro, ou até mesmo sua eliminação. Mesmo que nossa crítica não tenha a intenção de negar a existência do outro para afirmar a sua, é preciso que atentemos para o fato de que ela produz mundos, produz sujeitos. O pesquisar com os outros, conforme Márcia Moraes (2010), seria o engajamento em um jogo de políticas ontológicas, seria o questionar constante sobre que realidades estamos produzindo com nossas pesquisas e sobre em que mundo queremos viver. Enfim, se tomarmos como exemplo as diferentes disciplinas da psicologia social (AZAMBUJA et al. 2013), analisaremos que, com legitimidade científica, elas criticam instituições e teorias, transformam a história e a sociedade, emancipam sujeitos. Mais do que a já sabida impossibilidade de um distanciamento e neutralidade sujeito-objeto, devemos notar que não estamos alheios à invenção de sujeitos e de mundos. Entende-se que os saberes na história relativos à

psicologia social contribuem na constituição de categorias e classificações psicológicas que objetivam sujeitos. Com isso, buscamos acentuar o caráter produtivo da psicologia social e, talvez, pudéssemos estender isso a todo o campo da Ciências Humanas e Sociais, que se posicionam em uma corrente crítica de pensamento.

No limiar entre Ciências Sociais e Humanas e as Neurociências, Nikolas Rose e Joelle Abi-Rached (2013) sugerem que talvez exista uma relação mais produtiva, para além da crítica e do comentário, um espírito de amizade crítica [*spirit of critical friendship*]. Superar a crítica mútua entre cientistas sociais e neurocientistas seria ir além das acusações que versam sobre o mental ou o social. “Um tipo de conversação na qual o reducionismo experimental não implicaria em empirismo mental tão criticado nas ciências sociais e onde o rigor experimental não se tornaria o inimigo da complexidade social, histórica e cultural” (p. 232). Para isso, é necessário encontrar as passagens que aproximem essas áreas no intuito de provocar um outro modo de conversa, passagens que apontem para esse *continuum*, esse meio desde o qual esses domínios possam coexistir sem se sacrificar<sup>8</sup>.

Após falarmos dos distanciamentos, dos medos e da crítica, talvez o leitor possa compreender porque levamos aproximadamente um ano para que uma segunda tentativa de contato com os neurocientistas se fizesse. Foi necessário um amadurecimento de postura. Foi necessário que nossa proposta de pesquisa tomasse algum vulto em nós mesmos e, em seguida, junto a alguns colegas das Ciências da Vida na universidade em que trabalhamos. Assim como eles perceberam que não apenas criticávamos suas pesquisas, mas que nossas questões também faziam algum sentido para seus trabalhos, nós igualmente vislumbramos que seus apontamentos reconduziam nossa forma de pensar.

Ao longo de conversas amistosas na lancheria do campus, um certo apetite pela curiosidade sobre o que cada um fazia levou a indicações de

---

<sup>8</sup> Nesse sentido, mencionamos o projeto pesquisa de Rose, *A New Sociology for a New Century: Transforming the Relations between Sociology and Neuroscience, through a Study of Mental Life and The City*, a discussão com neurocientistas sobre as consequências mentais na vida urbana (<http://www.kcl.ac.uk/sspp/departments/sshm/research/Research-Groups/Biomedicine-Ethics-and-Social-Justice/BESJ-Projects/A-New-Sociology-for-a-New-Century.aspx>).

outros neurocientistas que poderíamos contactar. E, mesmo assim, dos sete neurocientistas indicados, apenas um aceitou a empreitada; dos outros seis, obtivemos o retorno que nos motivou a abrir essa discussão: cinco silêncios e a ‘incapacidade’ de ajudar.

### **CONVERGÊNCIAS ENTRE PSICOLOGIA SOCIAL E NEUROCIÊNCIAS?**

Nossa experiência etnográfica em um Departamento de Bioquímica e Biologia Molecular permitiu não somente a entrada de pesquisadores da Psicologia Social no laboratório no sentido de pesquisar *sobre* os neurocientistas, mas, mais do que isso, como colaboradores, copartícipes das pesquisas e atividades que vêm sendo executadas no ambiente de trabalho, no sentido de pesquisar *com* os neurocientistas. Essa perspectiva de relação se apresenta, primeiramente, em encontros que foram ocorrendo entre nós e um neurocientista, com o intuito de promover conversas abertas, que não funcionavam em teor de entrevista de uma das partes sobre a outra. Alguns dos temas que circularam nas conversações foram a produção de conhecimento acadêmico-científico e os efeitos na formação de professores, pesquisadores e estudantes; o encontro entre as Ciências Humanas e Sociais e as Ciências da Vida; a indústria dos psicofármacos e seu uso excessivo para modulação dos humores; a utilização de animais para a pesquisa e a transposição dos resultados para os seres humanos, bem como as questões bioéticas; a centralidade do discurso do cérebro na contemporaneidade e, finalmente, as relações entre natureza e sociedade.

Em segundo lugar, a postura epistemológica e metodológica de pesquisa abriu-se na maneira como fomos acolhidos no ambiente de laboratório. Não como observadores, não como informantes privilegiados, não somente como etnógrafos, mas como pesquisadores da área da Psicologia Social, que auxiliam nas atividades cotidianas do laboratório como voluntários de iniciação científica, mas também como aqueles que interferem ao estranhar e questionar o que se faz naquele espaço e, ao mesmo tempo, pensar como que os saberes e práticas que ali circulam podem tensionar sua própria área de conhecimento. Quer dizer, por um lado, o convite para a entrada de pesquisadores do campo da Psicologia Social no laboratório tinha a intenção de suscitar, nos graduandos, mestrandos e doutorandos do Departamento

de Bioquímica e Biologia Molecular, momentos de reflexão sobre suas práticas, que, comumente, eles consideravam que se tornavam protocolares. Por outro lado, mais interessante do que provocar o pensamento sobre os outros, esse encontro entre áreas distintas de conhecimento nos permitiu o pensamento com os outros, ou seja, uma ciência pode se pensar por meio de outra, redimensionando conceitos, procedimentos, técnicas, enfim, mobilizando as relações de certos domínios, que se consideravam isoláveis e purificáveis, como palavras e coisas, sociedade e natureza, homem e animal, indivíduo e social.

As ciências do cérebro não seriam somente algo que coloca limites sobre nossa existência, mas, mais que isso, algo que transforma e reinventa nossas capacidades, o tipo de seres humanos que somos. E, se assim podemos pensar as neurociências, também é possível pensar a psicologia social.

A Psicologia Social que constituiu esta pesquisa tenta seguir uma crítica de pensamento que passa por Nietzsche, Bergson, Foucault, Deleuze, entre outros, sem constituir uma escola a seguir. Pode-se dizer que é uma Psicologia Social, por um lado aceita e reconhecida, tendo entrada em diversas práticas, técnicas e no discurso científico. Mas, por outro lado, ela se encontra em um lugar de estranhamento em relação à ciência, justamente por problematizá-la e por questionar a si mesma na produção de conhecimento. Por esse motivo, talvez, essa psicologia possa chegar ao ponto de se perguntar como foi produzida como realidade, como chegou a ser o que é e, mais, o que ela pode fazer, quais agenciamentos pode maquinar.

Diante disso, tendo em vista as diferenças consideráveis entre essas áreas de conhecimento – Psicologia Social e Neurociências – nas suas formas de fazer ciência, de visibilizar, enunciar e interferir nos tipos de seres humanos que somos, de tomar como domínio de estudo categorias como natureza e sociedade, abre-se um problema de pesquisa sobre como essas ciências poderiam provocar o pensamento uma sobre a outra. Esse encontro poderia transformar as relações entre essas áreas? No que se refere à experiência de constituição da subjetividade, como cada uma dessas áreas formam e constroem as vidas humanas? Como as suas concepções do

humano co-existem, quais suas diferenças, semelhanças, afastamentos e aproximações?

As evidências neurobiológicas demonstram, cada vez mais, que somos constitutivamente formados – desde o momento da concepção – pelo meio interno e externo do corpo, pelas reações bioquímicas, pelos sistemas orgânicos, pelas relações sociais, pela cultura e por estilos de vida. A seu turno, certas versões da psicologia social lidam com as dicotomias do interno e do externo, do corpo e da mente etc., mapeando as condições históricas e sociais desses termos, sem necessariamente negar a materialidade dos corpos, dos organismos, que emergiriam não de uma natureza original e estável, mas de associações distribuídas de humanos, artefatos e objetos. Nesse sentido, esta pesquisa abriu a possibilidade de analisar essas questões trazendo um possível campo de convergência para a discussão entre psicologia social e neurociências: talvez as fronteiras entre o biológico e o social estariam cada vez mais a se ‘misturar’.

Pesquisadores em neurociência intitulam suas obras de forma que poderíamos associá-las à área social – *Por uma psicologia baseada em um cérebro em transformação* (CRUZ; LANDEIRA-FERNANDEZ, 2007), *Muito além de nosso eu* (NICOLELIS, 2011) ou *A Mente Estendida* [The Extended Mind] (CLARK; CHALMERS, 1998). São discursos e práticas que rompem com a herança cartesiana do mundo interior e exterior. Há um certo discurso das neurociências que também afirma a ‘crise do eu’ e que já não procura a sustentação, que nós, psicólogos sociais, criticamos, “(...) de um sujeito universal, estável, unificado, totalizado e totalizante, interiorizado e individualizado” (DOMÈNECH; TIRADO; GÓMEZ, 2001, p. 113). Algumas dessas ciências do cérebro, admitindo a artificialidade do processo de construção científica, assumem a função transformadora do sujeito, o que nos parece essencial à entrada do enfoque crítico sobre a criação científica desses futuros possíveis, como mencionado por Nikolas Rose, no primeiro capítulo.

A plasticidade do cérebro recoloca a neurociência em um discurso das interações recíprocas entre organismo e ambiente, de um sistema nervoso que sofre alterações na forma, no tamanho e nas funções de maneira associativa e sistêmica especializada. Essa reciprocidade inclui ambiente social,

tecnológico e cultural. Portanto, um como efeito do outro, sem separação. É claro que ainda encontramos uma abordagem dialética organismo-ambiente, mas chama a atenção esse processo de integração e extensão entre a plasticidade do cérebro, meio ambiente, comportamento e cognição (SILVA; COELHO; ALCHIERI, 2007).

Ainda podemos mencionar as Interfaces Cérebro-Máquina (IMC), um novo paradigma neurofisiológico, no qual o cérebro não se restringiria aos limites do corpo. Seria possível, somente por meio do pensamento, controlarmos ferramentas virtuais, eletrônicas e mecânicas e, assim, interagir no mundo. No campo da medicina, neuropróteses e vestes robóticas estão sendo arquitetadas para que pessoas com paralisia voltem a se mover assim como experimentar sensações, utilizando-se da leitura da atividade neural por meio de computadores (NICOLELIS, 2011).

Estaríamos em um momento que alguns denominam como o século da biologia (VENTER; COHEN, 2004), no qual, então, começamos a entender a nós mesmos de uma nova forma, já que o conhecimento da genômica e da neurociência tornou acessíveis os funcionamentos de nossos corpos e nossas mentes para novos tipos de conhecimento e intervenção. Com isso, a necessidade de um reposicionamento nas relações entre as Ciências da Vida e as Ciências Humanas e Sociais pode emergir. As importantes associações aos estudos biológicos desde a metade do século XX em seus determinismos, essencialismos, reducionismos e fatalismos, que levaram às práticas sexistas, eugênicas e discriminatórias, não devem ser esquecidas. No entanto, não seria o afastamento do biológico que traria avanços na produção de conhecimento das Ciências Humanas e Sociais – vide o construtivismo e a virada linguística que necessitam retornar à retórica da materialidade (ROSE, 2014)<sup>9</sup>. Nas palavras de Rose (2014, p. 28),

as ciências sociais e humanas precisam entender essas filosofias operacionais da biologia e da biomedicina, para explorar as 'filosofias de vida' que eles encarnam e as potenciais formas de vida a que possam estar ligadas. Mas além disso, as nossas próprias disciplinas precisam

<sup>9</sup> Sobre o problema da retórica da materialidade cf. Ortega (2007).

entender a formação – e as dores muito frequentes – de vitalidade humana, de se envolver com as ciências e desempenhar o nosso papel no tratamento das desigualdades locais, nacionais e globais que devastam as vidas de muitos dos nossos concidadãos biológicos.

Sabemos que tanto versões da psicologia social como certas vertentes das neurociências lutam por desfazer, cada uma a sua maneira, as dicotomias do interno e do externo, do corpo e da mente. As primeiras procuram problematizar e desnaturalizar esses termos, mapeando sua história, mostrando sua condição social, enquanto as outras encontram elos entre as polaridades, incluem tecnologias, mapeiam o corpo, manipulam a existência somática de nossas vidas. Parte do campo da psicologia social, que tem enfoque crítico, questiona diversas abordagens psicológicas em seus aspectos reducionistas, normativos e hegemônicos, procurando criar uma ruptura nesses dispositivos de saber que produzem verdades sobre o sujeito,, que disciplinam indivíduos e conduzem nossos ‘eus’. Esse caráter problematizador abre a possibilidade de produção de novos modos de existência. As neurociências também criam desarranjos nas formas de vida dos indivíduos quando, por meios tecnológicos, com seus instrumentos, materializam um tipo de existência que foi somente pensado como ficção, como potencial futuro.

## REFERÊNCIAS

AZAMBUJA, M. A.; GUARESCHI, N. M. F. Devir Vírus. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, Niterói, v. 19, n. 2, p. 439-454, jul./dez. 2007.

AZAMBUJA, M. A. de et al. Mapping out the subject of brazilian social psychology. In: The Production of the national association of research and post-graduate studies in psychology. **Psicologia & Sociedade**, Belo Horizonte, v. 25, p. 3-12, 2013. Edição Especial.

AZAMBUJA, M. A.; GUARESCHI, N. M. de F.; BAUM, C. Henri Bergson's contribution to the invention of a psychology in duration. **Theory & Psychology**, v. 24, n. 2, p. 186-198, 2014.

AZAMBUJA, M. A.; GUARESCHI, N. M. de F. A emergência do cérebro como dispositivo para a gestão dos riscos e da vida. In: MARASCHIN, C.; TIRADO, F. J. T. (Org.) **Biossegurança e Biopolítica no Século XXI**. FAPERGS, 2016. No prelo.

BEAULIEU, A. Cérebros, mapas e o novo território da psicologia. **Polis e Psique**, v. 2, n. 1, 2012.

BERGSON, H. Introdução à Metafísica. In: **Os Pensadores**. São Paulo: Abril Cultural, 1974. p. 17-46.

CLARK, A.; CHALMERS, D. The extended mind. **Analysis**, v. 58, n. 1, p. 0-23, 1998.

CRUZ, A. P. M.; LANDEIRA-FERNANDEZ, J. Por uma psicologia baseada em um cérebro em transformação. In: LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; SILVA, M. T. A. (Org.) **Intersecções entre Psicologia e Neurociências**. Rio de Janeiro: MedBook, 2007. p. 1-15.



DOMÈNECH, M.; TIRADO, F.; GÓMEZ, L. A dobra: psicologia e subjetivação. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos**: nos rastros do sujeito. Belo Horizonte: Autêntica, 2001. p. 111-136.

FOUCAULT, M. **A história da sexualidade I**: a vontade de saber. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das Ciências Humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FOUCAULT, M. Michel Foucault entrevistado por Hubert L. Dreyfus e Paul Rabinow. In: DREYFUS, L. H.; RABINOW, P. **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2013. Apêndice da Segunda Edição (1983).

LATOUR, B. **A esperança de Pandora**: ensaios sobre a realidade dos estudos científicos. São Paulo: EDUSC, 2001.

MALABOU, C. **What should we do with our brain?** New York: Fordham University Press, 2008.

MORAES, M. PesquisarCOM: política ontológica e deficiência visual. In: Moraes, M.; Kastrup, V. **Exercícios de ver e não ver**: arte e pesquisa com pessoas com deficiência visual. Rio de Janeiro: NAU/Faperj, 2010.

NICOLELIS, M. **Muito além do nosso eu**: a nova neurociência que une cérebros e máquinas – e como ela pode mudar nossas vidas. São Paulo: Companhia das Letras, 2011.

ORTEGA, F. Corporeidade e biotecnologias: uma crítica fenomenológica da construção do corpo pelo construtivismo e pela tecnobiomedicina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 381-388, 2007.

ORTEGA, F.; BEZERRA, B. J. O Sujeito Cerebral. **Mente e Cérebro**. Ed. 162, jul. 2006. Disponível em: <[http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/o\\_sujeito\\_cerebral.html](http://www2.uol.com.br/vivermente/artigos/o_sujeito_cerebral.html)>. Acesso em: 8 set. 2008.

ORTEGA, F.; VIDAL, F. Mapeamento do sujeito cerebral na cultura contemporânea. **Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**. v. 1, n. 2, p. 257-261, 2007. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/index.php/pbcib/article/view/6173>>. Acesso em: 22 set. 2008.

ROSE, M. As ciências humanas em uma era biológica. **Polis e Psique**, 2014; v. 4, n. 2, p. 3-43, 2014.

ROSE, M. Inventandos nossos eus. In: SILVA, T. T. (Org.). **Nunca fomos humanos: nos rastros do sujeito**. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

ROSE, M. **The politics of life itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century**. United Kingdom: Princeton University Press, 2007.

ROSE, M.; ABI-RACHED, J. **Neuro: the new brain sciences and the management of the mind**. United Kingdom: Princeton University Press, 2013.

SILVA, S. L.; COELHO, D. S.; ALCHIERI, J. C. Plasticidade cerebral, meio ambiente, comportamento e cognição: bases aliadas às neurociências para o estudo da reabilitação neuropsicológica da memória. In: LANDEIRA-FERNANDEZ, J.; SILVA, M. T. A. (Org.). **Intersecções entre Psicologia e Neurociências**. Rio de Janeiro: MedBook, 2007.

SILVEIRA, R. A.; T. HÜNING, S. M. A tutela moral dos comitês de ética. **Psicologia & Sociedade**, v. 22, n. 2, p. 388-395, 2010.

STENGERS, I. **A invenção das ciências modernas**. São Paulo: Editora 34, 1999.

STENGERS, I. **Le goût du risque**. Entrevistador Arnaud Spire. 2000. L'humanité, Cultures. Disponível em: <<http://www.humanite.fr/node/220457>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

VARGAS, F. Por uma coerência nas ciências. **Polis e Psique**, v. 4, n. 1, p. 161-169, 2014.

VENTER, C.; COHEN, D. The century of biology, New Perspectives. **Quarterly**, n. 21, n. 4, p. 73-77, 2004.



# **CAPÍTULO 4**

**EPISTEMOLOGIA, ÉTICA E  
CIÊNCIA: UMA REFLEXÃO  
SOBRE OS FUNDAMENTOS  
DA ÉTICA TECNOLÓGICA**

**MARCOS ALEXANDRE ALVES**

## INTRODUÇÃO

O texto visa estabelecer uma aproximação dialógica e interdisciplinar entre cientistas, bio-tecnólogos e bio-eticistas, tendo em vista uma reflexão ética acerca do desenvolvimento da ciência e da produção e uso da tecnologia. A fundamentação teórico-conceitual está ancorada na filosofia de Hans Jonas, principalmente nas obras *O princípio responsabilidade: uma ética para a civilização tecnológica* (2006) e *Técnica, medicina e ética: sobre a prática do princípio responsabilidade* (2013). Parte-se da premissa de que o animal humano, por natureza, é um ser tecnológico, e que do uso das tecnologias têm consequências, que podem ser boas e/ou más. Na atualidade, os questionamentos e as reflexões éticas se tornaram prementes, já que esse potencial se ampliou. Assim, em breve, há que se pensar numa ética tecnológica que ajude a reprimir o mal e faça avançar o bem. Nesse contexto, torna-se necessária uma ética da tecnologia que possa estabelecer limites legítimos e justificáveis, que estimule a ciência e a tecnologia, mas que restrinja as intervenções que possam alterar ou destruir a vida. Trata-se de uma ética que promova a defesa de uma nova cultura científica que não se restrinja apenas ao cálculo e a coletas de fatos, mas que envolva o cientista como pessoa inteira.

O empenho dos seres humanos, na produção tecnológica, trouxe-lhes inúmeras vantagens. Isso pode ser percebido nas tecnologias da caça que produziram mais alimento de melhor qualidade nutritiva, ao lado de uma maior proteção para os caçadores. A tecnologia militar contribuiu para uma guerra mais eficiente e para mais vantagens em termos de sobrevivência nas batalhas intermináveis. As tecnologias levaram os seres humanos a passar da caça à agricultura, o que, mais uma vez, produziu melhores alimentos e uma nutrição mais confiável. As tecnologias agrícolas contribuíram para o desenvolvimento da linguagem escrita, da matemática, da literatura, da ciência e da civilização. Com os desenvolvimentos tecnológicos, as máquinas de produção em massa sobrepujaram repentinamente as artes e ofícios, e começou a emergir uma cultura moderna centrada nas compras e no acúmulo de coisas. Os mesmos avanços que tornaram possíveis tanto a tecnologia como o desabrochar da cultura moderna, colocaram ambas em risco

de extinção ao produzir armas de destruição em massa: bombas nucleares, gases mortais e armas biológicas.

Percebe-se que, desde o início, das tecnologias surgem consequências boas e más. O que é diferente hoje é que as perguntas éticas se tornaram prementes, porque o potencial para boas e más consequências se ampliou. No lado bom, identifica-se a possibilidade de curar doenças terríveis, aprimorar a existência humana e aumentar os estoques de alimento para amenizar a fome. Porém, com as mesmas tecnologias, vê-se a possibilidade de criar novas doenças e acabar com o estoque de alimentos.

Os medicamentos mais amplamente apreciados criaram bactérias resistentes aos antibióticos que ameaçam produzir infecções incontroláveis. Respiradores e artefatos de alimentação, que foram projetados para sustentar a vida até que a recuperação possa ocorrer, estão sendo usadas para estender o processo do morrer de pacientes jovens e idosos. Tecnologias reprodutivas podem agora resolver problemas de infertilidade de alguns casais, mas resultam frequentemente em nascimentos prematuros e gravidezes múltiplas, que nenhuma mulher pode suportar e de que os casais não podem dar conta.

A humanidade encontra-se à beira de mais uma revolução tecnológica, na qual as tecnologias estarão à disposição de quase todas as pessoas. Porém, como as pessoas serão afetadas pelas tecnologias? Não deveriam as pessoas ter algo a dizer sobre sua aprovação ou desaprovação? Mas que padrões serão usados? Contemporaneamente, ao contrário de todos os outros períodos da história, há razões suficientes para se começar a pensar numa ética da tecnologia que ajude a fazer avançar o bem e a reprimir o mal.

## **AS NOVAS TECNOLOGIAS E A EXIGÊNCIA DE UMA ÉTICA TECNOLÓGICA**

As questões éticas geradas pelas tecnologias podem, de maneira geral, ser tratadas por meio do uso de uma perspectiva utilitária: avaliação de riscos e benefícios. Essa avaliação, embora sempre problemática, permite uma abordagem dos julgamentos éticos sobre os limites da tecnologia. Porém surgiram tecnologias genéticas que podem produzir outro movimento de

eugenia, com todo seu arsenal de efeitos devastadores sobre a vida humana (HABERMAS, 2004). As questões éticas geradas pela genética e pela engenharia genética são múltiplas: o direito à propriedade privada de descobertas genéticas, as patentes de genes, a privacidade, a discriminação no seguro e no emprego, os testes genéticos, o aconselhamento, as terapias de células somáticas e as terapias germinais humanas, a eugenia e a clonagem. As duas últimas tecnologias são inquietantes porque seus riscos e consequências podem ser monumentais.

Usar a tecnologia para intervir em estruturas genéticas a fim de curar uma doença implica a possibilidade de uma abordagem ética e a avaliação de riscos e benefícios. Mas intervir para aumentar certas características populacionais ou criar uma população “ideal” é diferente. Nesse caso, em vez da avaliação das consequências do ato, o foco de avaliação ética tem de ser o ato em si. Pode tal uso da tecnologia ser justificado? Essas intervenções concebem o ser humano de que modo: sujeito ou objeto?

O desejo e o ímpeto de “aprimorar” vidas individuais ou mesmo populações inteiras não é algo novo na história da humanidade. O racismo repugnante e destrutivo parece acompanhar os movimentos em favor da eugenia (HABERMAS, 1968). Não obstante, os impulsos de melhoria continuam presentes na sociedade. Algumas pessoas estão ansiosas para tirar proveito das últimas tecnologias genéticas a fim de criar ‘produtos’ que beneficiem atletas, artistas etc. Essa tecnologia pode ser justificável? O próprio ato de usar tecnologias eugênicas não seria uma violação do ser humano?

A eugenia, com a engenharia genética germinal, tem como potencial alterar os genes do esperma ou do óvulo de modo que essa intervenção pode ter um impacto sobre gerações futuras e não só sobre um indivíduo particular (JONAS, 2013). Nas intervenções genéticas em células somáticas com o objetivo de curar uma doença genética particular, as preocupações éticas são as tradicionais: consentimento informado, avaliação de risco, relação de custo/benefício, ciência bem fundamentada, revisão independente. Já nas intervenções tecnológicas germinais, as pessoas afetadas ainda não existem (gerações futuras) e, portanto, o consentimento informado e as avaliações de risco/benefício estão fora de cogitação.

A pergunta ética, entretanto, é premente como decorrência do efeito potencial sobre gerações futuras (JONAS, 2006). Se a engenharia germinal for usada para eliminar certas características 'indesejáveis': ou introduzir características 'melhoradas' de outra espécie, a espécie humana seria 'recriada'. Isso significaria transmitir para todo o sempre uma 'melhoria' humana que pode ser mortal.

Uma nova tecnologia é a clonagem, e o debate sobre a sua possibilidade pode ser travado desde muitas perspectivas éticas (JONAS, 2013, p. 188). Essa técnica tem gerado muitas preocupações éticas: o histórico da arrogância, o uso destrutivo de novos poderes, a influência da economia, a alteração na estrutura peculiar de toda pessoa humana e na ordem estabelecida da procriação humana. Até porque as pessoas são mais do que seus genes. A clonagem humana também provoca preocupações morais relacionadas com as motivações: aprimoramento genético; produção de órgãos para outra pessoa; substituir uma pessoa falecida. Todas essas motivações evocam questões sobre a transformação de uma pessoa em instrumento das intenções de outra pessoa.

Segundo Hans Jonas (2006), uma ética séria da tecnologia deve se preocupar com mais coisas do que motivações, ou seja, deve se ocupar da própria ética da intervenção tecnológica. Em uma cultura que transforma tudo em mercadoria, a clonagem humana ameaça o *status* moral da vida humana. Pode-se imaginar uma ampla e disseminada indústria da clonagem humana. A vida humana vai se transformar, de motivo de admiração, em mais uma mercadoria. As características humanas, como tudo o mais numa cultura com esse perfil, estarão à venda. Por conseguinte, com as mais novas tecnologias genéticas aplicadas a armas biológicas, poderiam ser produzidos micróbios mortais que venceriam toda competição e eliminariam rapidamente a vida humana.

A utilização de tecnologia genética para alterar alimentos básicos, como milho, trigo e arroz, suscita dúvidas e preocupações (JONAS, 2013, p. 181). Os riscos e perigos de certas alterações dessas culturas básicas podem não se manifestar imediatamente, mas, quando surgirem, pode ser que já não haja remédio. Alguns oponentes dos alimentos geneticamente alterados



podem exagerar os perigos e reagir excessivamente às alterações. Mas ninguém pode negar que há riscos e perigos associados com culturas geneticamente modificadas. Há razões para começar a pensar sobre as restrições e limites éticos para o emprego dessa tecnologia.

O milho geneticamente alterado já está amplamente disseminado. Revela-se que o pólen desse produto, criado pela engenharia genética, pode matar diferentes tipos de insetos e afetar plantas que estão nas propriedades próximas. O milho geneticamente modificado produz em seus tecidos um inseticida que está contido no pólen levado pelo vento da planta modificada. Esse efeito imprevisto está sendo objeto de discussões, mas pode oferecer uma metáfora para perguntas sobre os limites das tecnologias de engenharia genética.

Além desses efeitos, uma cultura geneticamente modificada poderia ter uma consequência imprevista, pois a estrutura natural da agricultura e da produção de alimento é delicada e frágil. Plantas com as suas características geneticamente modificadas podem ser tão tóxicas e tão agressivas que o estoque inteiro de alimentos poderia se ver ameaçado. Quanto mais as pessoas têm acesso aos códigos genéticos de plantas, tanto mais fácil é imaginar consequências inesperadas e ameaçadoras, de alimentos geneticamente modificados. Ou seja, quanto mais eficientes forem as tecnologias de engenharia, mais provável será a ocorrência de efeitos ameaçadores aos componentes essenciais da cadeia alimentar humana.

A necessidade de uma ética da tecnologia é óbvia, mas não é óbvio o modo de elaborar essa ética (JONAS, 2013, p. 211). Os cientistas e engenheiros insistem na necessidade da liberdade, e eles têm nisso um argumento a ser considerado. A ética não pode ser deixada apenas à discrição de pessoas efetivamente envolvidas no desenvolvimento e no emprego de tecnologias. Sabe-se de uma ampla experiência que elas podem ser motivadas por benefícios econômicos pessoais e outras formas de autopromoção. Uma ética da tecnologia que possa estabelecer limites defensáveis é um importante desafio para a Filosofia, Ciência e Bio/ética contemporâneas.

## A ÉTICA DA TECNOLOGIA NA HISTÓRIA DA CIÊNCIA

Aristóteles, na obra *Ética a Nicômaco* (1999), iniciou construção de uma ética da tecnologia. O que é certo, ou o bem, deriva daquilo que a razão exige em seu confronto com a realidade. A razão pode mostrar não só o que o ser humano é capaz de fazer, mas também estabelecer limites éticos do que não se deve fazer. A razão pode mostrar ao homem as suas obrigações positivas e negativas para com a realidade que o cerca e com a qual interage.

Para Bynum (2013), os filósofos clássicos faziam uma distinção entre a realidade em que o ser humano pode intervir e a realidade que está além da sua capacidade de intervenção. Os seres humanos não têm controle sobre algumas coisas e não podem intervir para mudá-las. Por exemplo, a queda de objetos; o sol nasce no leste e se põe no oeste; depois da primavera vem o verão, e depois do outono vem o inverno. Essas realidades escapavam às intervenções tecnológicas humanas e proporcionavam os limites à decisão humana. Confrontado com essas realidades, os seres humanos tinham apenas duas opções: curvar-se (venerar) e tentar entender.

Há outra realidade que não é inalterável, mas passível de intervenção e mudança humana. A essa realidade aberta e mutável, os gregos chamaram de *techne*, que significa um sistema ou conjunto de regras para realizar mudanças e fazer as coisas de forma diferente; um recurso por meio do qual se fazem coisas. Mas há ainda outras sutilezas nessa ética grega primeva da tecnologia. Além da necessidade e do acaso, há uma realidade moderada ou relativamente necessária. Por exemplo, a doença acontece, mas pode não acontecer. Essa era outra área para intervenções das tecnologias. Os seres humanos poderiam intervir, a depender de seu entendimento, de suas ferramentas e de sua coragem.

Há diferentes atitudes ou posturas que os seres humanos podem adotar perante a necessidade condicionada. Eles podem enfrentar essa realidade com certa bravura ou atitude ativa. Podem adotar aquilo que se pode chamar de agressividade tecnológica, que quer testar os limites para ver o que pode ser feito. A simples menção da ética vem como uma ameaça aos tecnologicamente agressivos, com suas disposições destemidas e intervencionistas. Uma possibilidade diferente seria uma atitude de indiferença

ou de passividade. Essa última atitude é mais reverencial com relação à natureza, ou seja, prefere-se à total ausência de intervenções e alterações na natureza, e toda tecnologia é suspeita de ser prejudicial e errada.

Entretanto os seres humanos são estruturalmente intervencionistas ou tecnológicos e não podem mudar aquilo que são ou abandonar seu modo de estar no mundo. Julga-se poder mudar quase tudo para melhor ou alterar algo em prol do próprio benefício. A disseminada defesa da intervenção tecnológica ilimitada é típica da cultura ocidental. Porém também há defensores da reverência diante de tudo o que é 'natural'. O desafio é localizar uma ética da tecnologia entre esses dois extremos.

Aristóteles (1999) estrutura a sua ética da tecnologia a partir da busca daquilo que a reta razão ou o bom senso orienta fazer e sobre o que não se deve fazer com a realidade passível de intervenção e de mudanças impostas pelos seres humanos. Outrora, quase tudo era considerado necessariamente tal como era. Em nossos dias, quase tudo é considerado legítimo objeto da ciência, da engenharia e da tecnologia.

Na Idade Média, segundo Gilson (1995), além de uma ética cristã baseada nas Escrituras, há uma ética fundada num entendimento fisiológico da natureza. O fundamento da moralidade é a maneira como a natureza é e funciona. A tecnologia é eticamente correta quando permite à natureza funcionar melhor ou corrige os seus defeitos. A moralidade está fundada no entendimento que a razão tem do modo de ser e do funcionamento fisiológico das coisas.

A justificação dessa teoria ética é religiosa. A suposição é de que Deus fez as coisas, e o modo como as fez não deve ser alterado. Os seres humanos são de forma muito especial uma criação de Deus. O seja, são mais semelhantes e estão mais perto de Deus em sua inteligência, em seu raciocínio. Portanto, aquilo que a inteligência revela não é distinto do entendimento de Deus.

No século XIV, com o pensamento franciscano, na perspectiva de Gilson (1995), surge outro padrão ético. Acreditava-se que os seres humanos são diferentes de todas as outras criações divinas e que são mais semelhantes a Deus em sua liberdade. Age-se moralmente não quando entende-se e imita-se a natureza, mas quando usa-se a vontade e a liberdade para dominá-la.

Não se trata de negar a importância da razão, mas de vislumbrar a semelhança humana com relação a Deus não no intelecto, nem na percepção de como as coisas são, mas na vontade e nos atos de decisão. A vontade é o que torna as coisas boas. E uma coisa é boa porque Deus quer, e não o contrário.

Nessa perspectiva, a intervenção tecnológica não está limitada à imitação do modo de ser ou do funcionamento das coisas. Os seres humanos interagem com a realidade que espera formação e reforma. A ética da tecnologia envolve uma postura com menos restrições. A inteligência e o entendimento dos limites continuam a desempenhar um papel nessa ética, mas não é seu fator determinante. A tecnologia se justifica agora pelo domínio humano da realidade. Os seres humanos são bons quando usam a imaginação para transformar e tomar a realidade sob sua responsabilidade. Essa ética da tecnologia justificará a revolução industrial e endossará as revoluções da biotecnologia.

No alvorecer da Modernidade, para Oliveira (2003), a ciência e as máquinas são ferramentas nas mãos do poder humano. Com a ciência e a matemática e os instrumentos da tecnologia, as possibilidades de mudar o mundo são ilimitadas. O uso ético da tecnologia não depende mais de copiar o que Deus fez. No século XVII, proclama-se que o conhecimento científico é poder, cuja meta é dar poder ao homem sobre a natureza e capacitá-lo a transformar a vida na terra. Nos séculos XVIII e XIX, a ciência e a tecnologia geraram um enorme otimismo (BYNUM, 2013). Os seres humanos aproveitam todas as forças da natureza, que estão a serviço da sua vontade e liberdade.

A cultura do século XX fornece mais uma ética da tecnologia e outro padrão para uma intervenção sobre a natureza. Na genética, o uso ético da ciência e da tecnologia nem imita, nem domina a natureza. A imitação e a dominação cederam lugar à criatividade. Cientistas que têm ao seu dispor poderosas tecnologias criam o que nunca existiu. Os limites éticos à intervenção tecnológica não mais se sustentam. Para os biotecnólogos, geneticistas e biólogos moleculares, a ordem estabelecida foi substituída por possibilidades ilimitadas para a criatividade. A criatividade, no século XX, tornou-se uma característica de todas as pessoas que se afastam de alguma

forma dos padrões convencionais. Esse entendimento é atribuído aos cientistas da vida e biotécnicos (JONAS, 2013).

Os exemplos mais assustadores da nova tecnologia vêm das ciências da vida. Os seres humanos criaram formas de vida que nunca existiram antes: novos vírus, novas bactérias, novas formas de vida animal. Qual será o limite da criatividade tecnológica? Será que tudo o que é possível tecnicamente é justificável eticamente? A ciência e a tecnologia desenvolveram capacidades surpreendentes; não obstante, ainda não se desenvolveu um sistema ético que tenha por foco evitar a possibilidade de abusos e mesmo de desastres.

Historicamente, a ciência é fruto do desenvolvimento do século XVIII (BYNUM, 2013). Nesse período, a liberdade é um valor dominante, alguma coisa é correta ou boa se livremente escolhida. A criatividade e o poder também são valores importantes para as vidas individuais e para a ciência. Uma ética da responsabilidade é um postulado de difícil compreensão para a maioria dos cientistas. A autonomia e a criatividade científica são valores aqui primários. Impor limites à ciência é algo que cientistas não aceitam com facilidade.

Os cientistas agem frequentemente a partir de um conjunto de pressupostos vindos do Iluminismo. A ciência é um processo de descoberta baseado em observações quantitativas e racionalizadas por meio de mecanismos causais que comprovam ou refutam hipóteses formuladas. Nessa ciência, não há lugar para a emoção humana ou para fazer perguntas filosóficas ou éticas (MORIN, 2005). Essa concepção de ciência reprime a admiração e a reverência a uma maneira mais abrangente de ver a realidade. Porém a admiração e a reverência são a base do respeito pela natureza e o ponto de partida de uma ética da responsabilidade: uma ética que estimula a ciência e a tecnologia, mas restringe as intervenções tecnológicas que possam alterar ou destruir a ordem admirável da realidade.

Os seres humanos são peculiares em sua capacidade de entender a ordem da realidade. A ciência é uma entre muitas maneiras de entendimento humano, mas ocupa atualmente na cultura o lugar da única maneira de fazê-lo. Muitos cientistas mostram que é possível ir além do entendimento da realidade de modo frio e racionalista. Entretanto, essa dimensão da ciência

tende a ser menosprezada por muitos cientistas. Eles parecem incapazes de ir além das tarefas mais banais de observar e medir aspectos restritos da totalidade. Os calculadores e coletores de dados consideram-se cientistas no pleno sentido do termo. Na verdade, eles se consideram modelos do que é ciência, mas ignoram ou reprimem a admiração e a integração vivenciadas pelos grandes cientistas. A verdadeira ciência é muito mais do que a coleta de fatos. Os grandes gênios científicos eram verdadeiramente criativos e se identificavam com aquilo que tentavam entender (BYNUM, 2013). Estavam em sintonia com a racionalidade interior e com a ordem do universo, e suas atitudes pessoais e sentimento achavam-se tão envolvidos em sua ciência quanto o cálculo e a coleta de fatos destinados a comprovar ou refutar hipóteses.

### **CIÊNCIA E TECNOLOGIA: UMA ÉTICA DA RESPONSABILIDADE**

Muitos cientistas, apenas uma geração atrás, estavam convencidos de que o comunismo eliminaria a pobreza humana, e a penicilina eliminaria as doenças infecciosas. Contudo, o comunismo ampliou a pobreza e os antibióticos não eliminaram as doenças infecciosas, mas produziram bactérias super-resistentes pelo abuso de antibióticos. Esses aspectos nos levam a pensar sobre a necessidade de se estabelecer uma ética da responsabilidade sobre as intervenções tecnológicas (JONAS, 2013, p. 277). Cientistas formados numa perspectiva meramente científica, que realça o poder da vontade e a criatividade e que tem apenas capacidades de lógico-formal, são mais propensos a reagir à realidade de maneira destrutiva. A coerência e a racionalidade da realidade mais ampla escapam à sua percepção e ao seu interesse e nada modifica as suas ambições pessoais ou modera o uso de seus instrumentos tecnológicos.

Não obstante, a ciência e a tecnologia, como todo outro esforço humano, têm de ser limitados por princípios éticos. Os cientistas e engenheiros não podem fazer tudo o que quiserem, assim como não o podem os políticos (MORIN, 2005). A ética tenta identificar o mal e estabelecer princípios, que não visam subverter a ciência e restringir desnecessariamente a tecnologia.

Um cientista deve ser livre e poder ser criativo, mas os limites à liberdade e à criatividade derivam do respeito à ordem racional. Os grandes cientistas mostraram esse respeito e agiram responsabilmente. Quem é alvo de preocupações são os cientistas medíocres, pois têm acesso a poderosos instrumentos tecnológicos. Pequenas mudanças ou intervenções tecnológicas podem gerar a destruição das condições de existência da vida no planeta. As pessoas se acostumaram a avanços científicos e esperam que os resultados sejam positivos. Essa esperança não foi reduzida pelos trágicos fracassos de tantas tentativas de obter um melhor entendimento do código genético em terapias eficientes para doenças ou deficiências genéticas (JONAS, 2013, p. 173). A maioria das pessoas, entretanto, não considera a possibilidade de tecnologias genéticas não só matar o sujeito da experiência, como também ameaçar toda vida.

A ciência e a tecnologia genéticas não são as únicas ameaças. Toda nova tecnologia gerada pela ciência e a engenharia podem criar instrumentos de destruição em massa. E muitas das novas tecnologias podem vir a ser acessíveis a grupos e indivíduos. Portanto, para Santos (2008), não somente os governos irresponsáveis podem produzir males e destruição generalizada, mas também os cientistas e técnicos de laboratório.

Como podem ser estabelecidos os limites éticos a intervenções tecnológicas? Como se pode religar a educação científica e tecnológica à responsabilidade ética? Nas bases de uma ética da tecnologia, deveria haver uma crítica aos pressupostos puramente mecanicistas de ciência. Não levar em conta essa crítica nos deixaria diante de uma ciência privada de responsabilidade ética, uma ciência que faz qualquer coisa que um técnico individual considere necessário para a sua promoção profissional. A história mostra que não se pode continuar a pensar que a ciência e a tecnologia não precisam se preocupar com a ética.

A suposição de que aplicações potenciais da ciência na tecnologia são boas e de que produzem bons efeitos ainda é largamente sustentada. Para esse público, a única ética aceitável da ciência é a própria ciência. O princípio ético da responsabilidade, que está sendo defendido, não separa a ciência

da ética, mas deriva tanto a ciência como a ética de um amplo entendimento do respeito da vida presente e futura.

Uma ética da ciência e da intervenção tecnológica não é algo de que só se devam ocupar membros da academia. A ética não é algo para se refletir em casa, depois do trabalho no laboratório, no hospital ou na universidade. Não é admissível a ideia de separação entre ciência e tecnologia e ética (JONAS, 2013, p. 279). Entende-se que não é dessa maneira que se processam as tarefas da ciência, nem se elaboram os pressupostos de uma ética da ciência e da tecnologia. Os seres humanos vivenciam valores em seu contato com a realidade. A ética e valores não são apenas sentimentos subjetivos desligados do mundo da vida. A ideia de que os fatos são universais e a ética individual não pode ser o pressuposto para a edificação de uma ética da ciência e da tecnologia.

Entende-se que a ciência e a tecnologia devem estar sujeitas a restrições morais. Qual o fundamento e a justificativa para se estabelecer limites? Fazer o que é certo com novas capacidades tecnológicas deve começar com o respeito à vida. O fundamento de uma ética da tecnologia não vem de fora da ciência. É a própria realidade, entendida e apreciada pela ciência, que pode estabelecer os critérios para uma ética da tecnologia. Ou seja, é o contato inteligente com o princípio vida que fornece o fundamento para uma ética da responsabilidade (JONAS, 2013, p. 307).

Uma ética defensável da tecnologia deve ser derivada de uma maneira diferente de conhecer a realidade objetiva. O desafio é conhecer essa realidade de maneira que torne possível tanto a ciência objetiva como a responsabilidade ética ao aplicar a ciência e a tecnologia. Uma má ciência, no sentido de ciência baseada numa falsa separação entre fato objetivo e responsabilidade ética é perigosa, pois pode gerar tecnologias que destruam tanto a vida humana como toda a realidade extra-humana.

A boa ciência, aquela que revela a realidade e tecnologia responsável, protege a ordem inerente da vida. Essa realidade esconde indícios que a boa ciência desvenda e valoriza e que uma ética inteligente articula. Espera-se que as revelações futuras terão alguma continuidade com a ciência e a ética. Uma referência às revelações científicas futuras supõe que se deixe



um planeta habitável às gerações futuras (PIZZI, 2010). Para as boas consequências continuarem e os males serem reconhecidos e controlados é necessária uma ética da tecnologia, e o primeiro passo é a identificação do princípio ético responsabilidade.

Uma ética da responsabilidade pode inspirar os cientistas e legisladores numa perspectiva a partir da qual a tecnologia pode ser estimulada, mas que também não deixe de considerar limites. Ela pode oferecer uma justificação para restrições quando a vida é ameaçada ou quando a inter-relação de biosistemas de base se vê em perigo. Essa ética pode não ser compartilhada por todos, mas o seu valor reside na justificativa de seu uso a fim de começar a deliberar sobre limitações numa sociedade democrática, quando se evocam preocupações com a sobrevivência do planeta (JONAS, 2006).

As circunstâncias de projetos ou intervenções específicas devem ser entendidas e, conseqüentemente, um peso ético apropriado deve-lhes ser atribuído. Segundo Zancanaro (2004), a adoção do princípio ético da responsabilidade é o começo de um processo de discernimento ético e não uma máquina que produz respostas definitivas sobre perguntas concretas. Essa orientação para um processo de reflexão ética não é anticientífica nem antitecnológica. Supõe que os seres humanos podem entender as estruturas da realidade e promover o progresso humano, mas exige que se tracem distinções e se estabeleçam limites éticos para uma intervenção tecnológica.

A promessa de células-tronco embrionárias é vista como a justificação para a continuidade do fornecimento de verbas públicas para esse tipo de pesquisa (JONAS, 2013, p. 119). O fato de estarem disponíveis tantos embriões congelados (sobras da fertilização *in vitro*) que de outra maneira serão rejeitados é uma dimensão importante da realidade que está sendo moralmente avaliada. O fato de milhares de embriões serem descartados nas intervenções para superar a infertilidade, condenados a nunca vir a se desenvolver, e o fato de haver probabilidades de se vir a curar algumas doenças a partir do uso de células-tronco embrionárias são considerações morais. O embrião humano é vida, mas é contraintuitivo tratá-lo como pessoa formada. Porém o nível de respeito aumenta com o desenvolvimento das células numa forma e em potencialidades humanas.

O uso de células-tronco embrionárias para a pesquisa não é um rompimento ou solapamento da ordem 'criada'. Afirmar que esse tipo de pesquisa contribui para uma cultura da morte é retórica e não tem respaldo racional. Se a ciência e a tecnologia continuarem a avançar e vierem a ter consequências imprevistas que destruam o princípio vida, um julgamento negativo seria um pretexto racional. Os cientistas devem ser sensíveis ao valor moral do embrião e às dimensões éticas de suas pesquisas. Os bioeticistas, por sua vez, devem permanecer informados sobre os sentidos da pesquisa e as consequências desse tipo de ciência e tecnologia.

A questão ética nuclear tem a ver com o que constitui um ser humano e com a necessidade de proteger a vida humana. Portanto, para Santos (2009), na esteira do pensamento de Jonas, o progresso científico requer uma ética da responsabilidade, uma análise cuidadosa da realidade, a consideração das consequências, o respeito à criatividade humana, à capacidade humana de compreensão e ao inevitável intervencionismo tecnológico dos seres humanos. Dada à potencialidade da ação científica produzir consequências ambivalentes: Como buscar o bem e evitar o mal? Como apoiar a ciência e a tecnologia, mas estabelecer limites ao que a ciência e a tecnologia podem fazer?

Por conseguinte, não se pode considerar estabelecido esse fundamento para se fazer a avaliação ética da tecnologia, mas argumenta-se em favor de um diálogo permanente entre cientistas e eticistas. Usar as tecnologias científicas para fazer o que qualquer cientista queira é irracional. A ideia de a liberdade humana destruir a vida humana não faz nenhum sentido. A liberdade só faz sentido no âmbito da continuidade do mundo e da vida. A liberdade de destruir o planeta e a vida humana e extra-humana não é liberdade (JONAS, 2013, p. 101). A ordem da vida humana equilibrada com outras formas de vida, num mundo que se mantenha é o fundamento moral para se examinar os julgamentos sobre intervenções tecnológicas. O que põe o planeta e a vida em risco é racional e moralmente inaceitável. Por isso, defende-se a necessidade de se exercer a responsabilidade, de ter um respeito pelo planeta e pela dignidade da vida.

Portanto, os seres humanos podem e devem usar a tecnologia para fazer avançar o belo e o bom e reduzir o mal e o feio. Porém torna-se premente a necessidade de uma base ética aceita para limitar expressões tecnológicas da liberdade e da criatividade humanas. O respeito pela ordem estabelecida depende da possibilidade de chegar a um princípio consensualmente aceito, a partir do qual a reflexão ética possa prosseguir, e as decisões particulares sobre intervenções tecnológicas possam ser tomadas.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Quando a ordem estabelecida da vida é ameaçada, a tecnologia que faz isso é moralmente inaceitável. Um mal dessa magnitude refuta todo o argumento baseado na liberdade criativa ou no progresso científico. Tal uso da liberdade viola o mais básico padrão ético. A tecnologia pode intervir na ordem estabelecida da vegetação, na vida das plantas, na pecuária, no corpo humano e na mente humana, mas desde que não ameace toda a ordem do mundo e da vida.

Os cientistas e as tecnologias ilustram muito claramente o sentido dos limites e a ultrapassagem de todo limite ético. Nos hospitais, hoje, as tecnologias de suporte de vida continuam a ser usadas mesmo quando um paciente está morrendo de uma doença incurável, quando o paciente está incapacitado e debilitado e quando a morte é iminente e irreversível. Há uma ordem na vida humana, e a morte e o processo do morrer são parte dessa ordem. Violar essa ordem ou não respeitá-la equivale a ultrapassar a linha divisória da ética.

As tecnologias de fertilização são boas quando curam a infertilidade, mas são más quando violam ou ignoram a ordem inerente da procriação humana. Trata-se de um fato objetivo, acessível a pessoas razoáveis, e serve de fundamento e justificativa final para dizer não em algum ponto. Mas, também, a tecnologia não pode simplesmente ignorar a ordem estabelecida, pois ignorá-la significa destruí-la.

A clonagem de seres humanos inteligentes, destinada a produzir pessoas mais fortes que trabalhem mais, obviamente destrói a ordem e a dignidade inerente da vida humana. Substituir a ordem estabelecida com

um programa de clonagem ou de engenharia genética que transgride esse fundamento ético é discutível. No caso da engenharia eugênica, é uma afronta aos milhões de vidas inocentes que foram sacrificadas no século XX, devido à ideia de melhorar a espécie humana. Cruzar novamente essa linha é ultrapassar o limite razoável sem nenhuma prova de que a pessoa que planeja dar esse passo tenha tido qualquer sensibilidade para com as possibilidades negativas do que propunha. Mesmo em tal situação, muitos cientistas se opuseram a qualquer menção a limites ao que a ciência e a tecnologia tornam possível. Portanto, a tentativa de se desincumbir da complicada tarefa de estabelecer limites éticos à tecnologia será difícil, mas não se dedicar a essa tarefa é o cúmulo da irresponsabilidade.

## REFERÊNCIAS

- ARISTÓTELES. **Ética a Nicômacos**. 3. ed. Brasília: Universidade de Brasília, 1999.
- BYNUM, W. **Uma breve história da ciência**. Porto Alegre: L&PM, 2013.
- DEMO, P. **Conhecimento moderno**: sobre ética e intervenção do conhecimento. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.
- GILSON, É. **A filosofia na Idade Média**. São Paulo: Martins Fontes, 1995.
- HABERMAS, J. **O futuro da natureza humana**. São Paulo: Martins Fontes, 2004.
- HABERMAS, J. **Técnica e ciência como ideologia**. Lisboa: Edições 70, 1968.
- JONAS, H. **O Princípio Responsabilidade**: ensaio de uma civilização tecnológica. São Paulo: Contraponto, 2006.
- JONAS, H. **Técnica, medicina e ética**. São Paulo: Paulus, 2013.
- MORIN, E. **Ciência com consciência**. Rio de Janeiro: Bertand Brasil, 2005a.
- OLIVEIRA, M. A. **Ética e racionalidade moderna**. São Paulo: Loyola, 2003.
- PIZZI, J. Jonas e o enaltecimento da heurística: a responsabilidade frente ao futuro ameaçado. **Dissertatio**, UFPEL, v. 32, p. 99–117, 2010.
- SANTOS, B. S. **Um discurso sobre as ciências**. 12. ed. Porto: Afrontamento, 2008.
- SANTOS, R. O problema da técnica e a crítica à tradição na ética de Hans Jonas. **Dissertatio**, UFPEL, v. 30, p. 269–291, 2009.
- ZANCANARO, L. A teoria da responsabilidade de Hans Jonas. In: Carvalho, José Maurício de (Org.). **Problemas e teorias da ética contemporânea**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.



# **CAPÍTULO 5**

## **REFLEXÕES SOBRE VIDAS MEDICALIZADAS: UMA APROXIMAÇÃO AO CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

**ANTONIO BOLIS DE OLIVEIRA NETO  
FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA**

## INTRODUÇÃO

Uma discussão que vem sendo desenvolvida no campo da saúde mental coletiva diz respeito à relação entre o crescente uso de psicotrópicos, com doses para além do previsto para a literatura médica e o baixo empoderamento dos usuários dos serviços de saúde mental, os quais têm poucas informações sobre seus tratamentos. Principalmente no Sistema Único de Saúde (SUS), a clínica vem se tornando ainda mais vulnerável à economia de mercado, o que ocorre devido à centralidade do poder nos profissionais da saúde, situação na qual a medicação surge como uma resposta simples para um problema complexo (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013), e o diagnóstico em saúde mental – banalizado e dissimulado – embasa as condições necessárias às prescrições em massa. A expansão dos diagnósticos e síndromes em saúde junto à concentração de capital das indústrias farmacêuticas tem aumentado os processos de medicalização dos diversos problemas sociais frente às normas (GALINDO et al., 2014).

Essa oferta “privilegiada” de um tratamento psicofarmacológico em detrimento de outras formas de cuidado pode estar atrelada a diversos fatores, como a viabilidade econômica em comparação com outros tratamentos, a influência da indústria farmacêutica, a falta de recursos humanos nos serviços de saúde (também atrelada às diversas formas de precarização do trabalho), entre outros. Diante disso, tem-se tornado cada vez mais urgente discutir essa problemática, a qual tem produzido efeitos iatrogênicos relevantes.

Nesse sentido, Martínez-Hernández (2013) observa um aumento do consumo de antidepressivos frente à lassitude dos critérios diagnósticos, promovida pelos meios de comunicação e, muitas vezes, patrocinada pela indústria farmacêutica. Para o autor,

os processos de naturalização das aflições humanas e sua reorganização em doenças se amplificam atualmente pela maior disponibilidade dos usuários à resolução de seus mal-estares mediante a ingestão de psicofármacos. Também pela maior flexibilidade que os critérios diagnósticos da depressão mostram em determinados

meios de informação ao alcance do público geral, como é o caso da internet (MARTÍNEZ-HERNÁEZ, 2013, p. 104).

Há um jogo de forças para incorporar, na definição do patológico, situações cotidianas da adversidade da vida por meio do abuso da nosologia e da prescrição frente a emoções e estados comuns como a tristeza, o cansaço e estresse, que deveriam ser tratados como tal e não como doença a ser suprimida por meio da medicação (Ibidem). Não são apenas os especialistas que diagnosticam. Podemos ser diagnosticados por colegas, ou até por um leigo que tenha lido alguma revista ou pesquisado na internet, na qual sites explicativos da indústria farmacêutica podem ser consultados pela população em geral. Assim, cada um que entra numa instituição de saúde mental será modelado pela lógica que ali circula, mas pode já estar modelado, antes mesmo de entrar, pelas lógicas já presentes no campo social (RAUTER; PEIXOTO, 2009).

Em grande parte do mundo, incluindo o Brasil, a banalização dos diagnósticos e a medicalização da existência tornaram-se um complexo problema de saúde pública. Podemos observar a medicação como alternativa privilegiada para o cuidado das aflições mentais, abordagem que vem sendo cada vez mais questionada. Tal quadro se deveu não só às distorções no modelo assistencial e serviços, ao que se soma a busca por estratégias economicamente viáveis de tratamento, mas também às premissas constitutivas da psiquiatria e conseqüentemente da psicologia. O Conselho Federal de Psicologia (CFP) ressalta que

as expressões medicalização e patologização, designam processos que transformam artificialmente, questões não médicas em problemas médicos. Problemas de diferentes ordens são apresentados como “doenças”, “transtornos”, “distúrbios” que escamoteiam as grandes questões políticas, sociais, culturais, afetivas que afligem a vida das pessoas. Questões coletivas são tomadas como individuais; problemas sociais e políticos são tornados biológicos (2011, p. 17).



Assim, com base nas considerações expostas, nossa proposta é mostrar como as práticas de cuidado, tomadas pela lógica de mercado capitalista, privilegiou os fármacos em detrimento de um cuidado do sujeito, promovendo a naturalização dos estados de ânimo em doença mental, flexibilizando e banalizando os diagnósticos em saúde mental. Entende-se práticas de cuidado, como expressão de um modo de exercer a prática profissional alicerçada na ideia de saúde como um direito (PINHEIRO; MATTOS, 2007), que ultrapassam as competências científicas do modelo biomédico nos diferentes dispositivos de saúde (MACHADO; PINHEIRO; GUIZARDI, 2006). Num segundo momento, apresentamos uma aproximação do pensamento foucaultiano ao campo psicológico e damos pistas de como a Psicologia vai se inserindo como um campo de discurso e de prática na vida da população; e, por último, discutimos a medicalização da vida como um dos efeitos desses discursos no campo social.

### **EFEITOS BIOPOLÍTICOS NO CENÁRIO CONTEMPORÂNEO: A MEDICALIZAÇÃO DA VIDA**

Para desenvolver nosso pensamento, tomamos como analizador uma situação cotidiana de nossos serviços de saúde, em que “ser tratado” é receber uma receita de um médico (psiquiatra) e ser escutado geralmente por um psicólogo. Quase sempre, o sujeito sai de suas consultas como um pacote de medicamentos, como um dos recursos majoritários das estratégias de cuidado no campo da saúde.

Foucault (2010a), em “O Nascimento do Hospital”, afirma que a medicalização foi possibilitada pelos mecanismos disciplinares no espaço hospitalar. Mais que isso, a disciplina produz um efeito de contradição. Ao mesmo tempo em que ela aumenta as forças do corpo em termos econômicos, diminui-a em termos políticos e, por meio da disciplina, surge o poder da norma (FOUCAULT, 2010b). Desse modo,

(...) o poder de normalização constringe com o objetivo de homogeneizar as multiplicidades, ao mesmo tempo que individualiza, ao permitir medir as distâncias, determinar os níveis, fixar as especialidades e tornar úteis as diferenças (PORTOCARRERO, 2009, p. 2009).

Na perspectiva de Canguilhem (2010), a noção de normal e patológico não ocorre simplesmente numa relação linear entre causa-efeito, ou na sua relação da doença com seu correspondente biológico. Mais que isso, é a partir de uma certa noção de norma que de alguma forma se estabelece uma relação entre o normal e do anormal. Desse modo, o que é da ordem do normal ou do patológico pode ser compreendido como uma variação normativa da vida.

Esse modo de compreender o patológico foi muito caro à história da psiquiatria clássica. A noção da doença estava alicerçada na determinação orgânica, sendo o medicamento o principal meio de tratamento. Assim, quem trabalha para a cura é o medicamento. Portanto, o exílio do sujeito ganha valor estratégico (COSTA-ROZA; LUZIO; YASSI, 2003). Nessa perspectiva, não há nenhuma preocupação com o sujeito nem com o seu processo de autonomia na sua relação com o uso do medicamento – medicamento produz um discurso de cura.

Por outro lado, historicamente, atribui-se à farmacologia papel relevante na desinstitucionalização de milhares de pacientes no campo da saúde mental, contribuindo para que internos de longa data, ou até mesmo os que passaram toda a vida reclusos em hospitais psiquiátricos, pudessem viver em comunidade. Além disso, a medicação contribuiu para certa humanização das práticas, ao diminuir o recurso a outros métodos de tratamento mais invasivos (RODRIGUEZ DEL BARRIO; PERRON; OUELLETTE, 2008).

O termo medicalização foi utilizado pela primeira vez por Ivan Illich, no fim dos anos 60, para denominar uma expressiva apropriação dos modos de vida do homem pela via do saber médico (ILLICH, 1975). O autor afirma que essa apropriação vai constituindo-se a partir de processos de iatrogênese, ou seja, produção de doenças em consequência das próprias práticas médicas, a partir de três níveis: o da clínica, o social e o estrutural ou cultural. Os aspectos da iatrogênese clínica se referem a doenças causadas pelos próprios tratamentos de saúde, como os efeitos secundários do medicamento, entre outros. Nesse ponto, o autor faz uma forte crítica ao consumo excessivo de medicamentos, fenômeno que causaria mais

danos do que benefícios, provocando novas espécies de doenças, que não podem ser curadas pela técnica moderna nem pela imunidade natural.

No segundo nível, está a iatrogenia social ou medicalização social, que se refere a um efeito social não desejado e danoso da medicina: o da crescente dependência da população para com as prescrições da medicina. Considera que a produção de dependência é o maior dano causado pela proliferação dos profissionais da saúde e pela medicina. Dentro desse nível, identifica diversos tipos de *iatrogênese social*: a medicalização do orçamento – no qual se observa que os níveis de saúde não melhoram proporcionalmente ao aumento das despesas médicas; a *invasão farmacêutica* – que atribui aos médicos papel ativo no processo de engajamento dos pacientes no consumo excessivo de medicamentos; e o *controle social pelo diagnóstico* – que se refere à etiquetagem iatrogênica dos diferentes momentos da vida, levando as pessoas a verem como natural a necessidade de cuidados médicos de rotina pelo mero fato de serem crianças, gestantes, idosos, instituindo a necessidade do consumo sistemático de cuidados de acordo com períodos específicos (ILLICH, 1975; GAUDENZI; ORTEGA, 2012).

Pode-se dizer que, atualmente, sofrimento humano é alvo de um elaborado conjunto de programas, políticas, serviços e práticas, que, além disso, tem provocado debates e lutas entre diferentes classes profissionais. Principalmente nas sociedades ocidentais, a psicopatologia se impôs como linguagem principal para exprimir o sofrimento mental, relacional e social, e o tratamento farmacológico integrou-se ao cotidiano da vida contemporânea. Portanto, podemos considerar que hoje a concepção biológica dos transtornos mentais domina o campo da saúde mental de maneira quase hegemônica e, correlativamente a esse aspecto, a própria experiência do sofrimento foi transformada pelo tratamento farmacológico (RODRIGUEZ DEL BARRIO; PERRON; OUELLETTE, 2008).

Ignácio e Nardi (2007) entendem a medicalização como um dispositivo de grande potencial de produção de assujeitamento, pois

operam nos corpos como estratégias de controle legitimadas político e socialmente por estarem acopladas aos modos de subjetivação contemporâneos (...) O dispositivo da medicalização é interior à biopolítica e, como buscaremos demonstrar em nossa análise, ele age conformando modos de ser e instaurando uma normalidade medicalizada, na qual a expressão do sofrimento (de qualquer origem e forma) não se torna objeto de reflexão e busca de construção de outras formas de ser, mas sim de um “bloqueio químico” das emoções (p. 89).

Desse modo, a medicalização, compreendida como um dispositivo biopolítico, emerge na cena moderna a partir de programas de higienização (IGNÁCIO; NARDI, 2007). De algum modo, ela assume uma certa conformidade com as estratégias determinadas práticas biopolíticas. Uma dessas estratégias indica que os medicamentos, muitas vezes, acabam normalizando modos de ser/viver. Ou seja, os medicamentos acabam

(...) instaurando certa sensação de normalidade medicalizada, na qual a expressão de sofrimento (...) não se torna objeto de reflexão ou busca de construção de outras formas de ser, mas de um “bloqueio químico” das emoções que pode ser combinado com técnicas disciplinares da clínica psiquiátrica e psicológica, articuladas à medicalização” (GALINDO et al., 2014, p. 825).

Essa primazia pelo uso do psicofármaco, de algum modo, começa a delinear certas condições de saúde a partir de tecnologias de normalização das condutas, como afirmam Brzozowski e Caponi (2010). Para as autoras, essa “intervenção farmacológica como tecnologia de controle procura limitar, modificar, regular, isolar e eliminar comportamentos desviantes por

meio dos recursos biotecnológicos e em nome de uma saúde normalizada” (BRZOZOWSKI; CAPONI, 2010, p. 25).

Estratégias baseadas em racionalidades biológicas vão forjando práticas simplificadoras de cuidado nos serviços. Um exemplo, no que tange ao cuidado de usuários de álcool e outras drogas, a vertente hegemônica ainda pauta suas ações nos processos de desintoxicação por meio de medicamentos em detrimento de outras tecnologias. No que tange às práticas de cuidado, ainda prevalece, nos espaços de saúde, a ênfase pela abstinência e pelo recurso hospitalar, fruto de uma política fundamentada na criminalização e eliminação das drogas (LANCETTI, 2008), o que reproduz os ideais normativos e de higienização social.

### **ALGUMAS REFLEXÕES PSI AO CAMPO DO CUIDADO EM SAÚDE MENTAL**

Entendemos que problematizar alguns aspectos da psicologia, campo profissional ao qual no implicamos, traz elementos relevantes para repensar nosso papel na transformação e qualificação das práticas, compromisso ético. A Psicologia tornou-se disciplina científica no século XIX, propondo-se a descobrir o que tornava os seres humanos sujeitos da razão (MEDEIROS, BERNARDES; GUARESCHI, 2010). Sendo assim, ela não tinha como foco, naquele momento, a doença ou a saúde, mas estava voltada para os fenômenos da consciência. Para os autores,

A Psicologia emerge dentro das condições de possibilidade de que a episteme da Modernidade industrial permitiu. Desse modo, a psicologia volta-se para a consciência e institui um domínio da razão, dos processos conscientes e cognitivos que permitem ao humano saber quem é, de que maneira age e por que age de determinadas formas e não de outras para governar-se a si mesmo e tornar-se humano, sujeito da razão que difere daquilo que foi o solo de comparação: a espécie animal (MEDEIROS; BERNARDES; GUARESCHI, 2010, p. 264).

A Psicologia, em relação ao campo científico em que se fundou, alinhou-se com uma matriz positivista experimental de ciência, implicada na configuração de operadores e teorias psicológicas e seu comprometimento com o chamado “Projeto de Modernidade”, a centralidade da razão, aspecto da modernidade mais relevante para se pensar as práticas psicológicas,

Pois foi a partir desta que se forjou a possibilidade da produção de ferramentas e instrumentos que ‘traduziriam o mundo tornando-o capturável pela racionalidade humana, submetido aos seus saberes. Para além disso, tornando-se senhor deste mundo, conhecedor de suas leis, o ser humano empenhou-se em construir modos de previsão, intervenção e controle do futuro. Produziu-se a crença na certeza de dominação da natureza e do universo, a retirada do futuro da esfera do acaso, do destino, da submissão aos deuses, do descontrole e do que não podia ser dominado como resultado da escolha e da ação do ser racional, mediada fundamentalmente pelo saber científico (GUARESCHI; HÜNNING, 2009, p. 168).

A Psicologia, em sua historicidade, principalmente as de matrizes americanas, esteve dedicada a um investimento em produzir medidas, testagens, previsões, instituindo uma racionalidade que tudo classifica em termos do comportamento, analisado com base no indivíduo, cindindo-o do social e centrando no primeiro as origens das patologias e transtornos da psique (HÜNNING; GUARESCHI, 2005, p. 108).

De alguma forma, a ciência psicológica teve, em sua historicidade, a árdua convocação de responder socialmente à diferença entre o normal e o anormal ou ainda determinar quem seria sujeito da razão ou da desrazão. Em *História da Loucura*, Foucault descreve o advento e o domínio da razão sobre a desrazão. A loucura é vista a partir da perspectiva que situa a razão como normativa e é a partir daí que a loucura ganha seus contornos e seu exílio (FOUCAULT, 2010c). Diante disso, Foucault (2006) mostra que a psiquiatria,

antes de construir uma proposta de promoção de saúde e cuidado, instituiu uma estratégia de dominação da loucura. Conforme sublinha o autor:

(...) não se trata de modo algum, num caso como esse e em todos os casos semelhantes, de aplicar a algo que seria considerado como processo ou comportamento patológico uma receita técnica médica; trata-se do choque de duas vontades: a do médico e daquele que o representa, de um lado, e a do doente. É, portanto, uma batalha, certa relação de força que se estabelece (FOUCAULT, 2006, p. 14).

A operação terapêutica da psiquiatria, à época, tratava-se de uma batalha contra essa força presente na loucura. Sendo assim, o poder se apresentava com tanta astúcia no asilo porque existia, no cerne desse espaço, um poder ameaçador que deveria ser dominado. Evidentemente, o que deve ser dominado é o louco. Essa concepção de loucura fundamentou as práticas diagnósticas psiquiátricas no século XIX. Não se tratava de aplicar uma terapêutica ou uma receita médica, tratava-se de uma batalha, um choque de vontades, entre o médico e o doente (FOUCAULT, 2006).

A loucura era vista como um conjunto de forças errantes que deveriam ser normalizadas e disciplinadas. Dessa forma, a medicina foi avançando e desenvolvendo-se como uma estratégia biopolítica, buscando o controle sobre a vida, assim como intentava o adestramento dos corpos, retirando deles cada vez mais força (SEVERO; DIMENSTEIN, 2009).

O poder normalizador da psiquiatria consistia em manter sobre o domínio, do discurso médico e medicamentoso, a verdade sobre a loucura traduzida em doença mental e a verdade do que fazer com as pessoas em sofrimento psíquico (AMARANTE, 2007). A partir disso, questionamo-nos sobre algumas posturas da Psicologia no campo de avaliação, pois os processos avaliativos ainda se fundamentam na busca pela ordem por meio da imposição de um discurso normativo que visa ao detalhamento do quadro nosológico e desconsidera os sujeitos em suas potencialidades de saúde. Somadas a isso, frequentemente encontramos, na atualidade, práticas que

ainda se configuram como relações verticais entre o terapeuta e o paciente. Elas aparecem carregadas de outras formas de abuso – diferente das correntes, das torturas e das camisas de força, mas ainda afirmando o profissional *psi* como detentor da verdade sobre o sujeito.

Rauter e Peixoto (2009) consideram que a psiquiatria biológica atual se insere no quadro dos poderosos dispositivos de controle contemporâneos, cuja marca principal é seu caráter abrangente e global. Seu arsenal farmacológico já não se dirige apenas aos “loucos”, mas predominantemente aos “normais”, ou seja, a todos. As definições “objetivas” tomam o cotidiano como foco de intervenção: a insônia, os conflitos entre pais e filhos, os amores muito intensos, as pequenas tristezas e desânimos, as dores difusas, patologias sempre novas, a merecerem novas descrições e previsões de incurabilidade. Frente a isso, percebemos a captura dos modos de vida, sentimentos e estados de ânimo. Facilmente constatamos que hoje em dia se tornou possível patologizar quase tudo, da felicidade intensa, que pode ser mania, à tristeza cotidiana – depressão, distímia.

Assim, lembramo-nos das práticas do Dr. Simão Bacamarte, personagem da obra *O Alienista* (ASSIS, 2010), o qual, quanto mais avançava em seus estudos, mais considerava que havia pessoas a serem tratadas, o que, no seu caso, consistia em internação manicomial. Será que a loucura, a doença mental correrá sempre o risco de ser tratada por meio da tutela, do controle e do silenciamento? Será que trocamos os manicômios pelos consultórios e psicótricos?

Como vemos, não foi por acaso que os psicólogos têm sido convocados a ocupar o lugar de especialista que sabe diferenciar o normal do anormal. É inquestionável que o diagnóstico tem papel fundamental, seja na construção de projetos terapêuticos singulares, no contexto do SUS, seja na formulação da direção do tratamento no contexto de atendimento clínico em psicologia, mas o que chama a atenção na atualidade é a inversão desses valores, e parece ser mais importante diagnosticar para medicar do que ouvir para cuidar.

Como um processo de resistência a essas formas de iatrogenias que citamos no início do texto, quais sejam, medicalização da vida e banalização dos discursos diagnósticos, algumas estratégias têm sido adotadas no



contexto da saúde mental. Entre essas estratégias, podemos citar o Guia da Gestão Autônoma da Medicação como uma estratégia de desestabilização dos poderes instituintes para tentar garantir aos usuários uma efetiva participação em relação ao uso de seus medicamentos (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013). Por meio de textos informativos, alternados com perguntas acerca de hábitos e contexto de vida, experiência de tratamento e conhecimento de direitos, o Guia GAM-BR (GESTÃO AUTÔNOMA DA MEDICAÇÃO, 2012, 2014) propicia uma experiência coletiva, com a qual se espera alcançar um aumento na capacidade de participação dos usuários de saúde mental nas decisões que dizem respeito ao seu tratamento, especialmente o medicamentoso (ONOCKO-CAMPOS et al., 2013).

O trabalho que vem sendo desenvolvido com o guia GAM vem produzindo resultados notáveis no campo da Saúde Mental a partir da maior conscientização dos usuários e poder de contratualidade com os profissionais. A experiência, não se limita ao campo de práticas clínicas, mas também tem produzido efeitos no âmbito da pesquisa por meio de sua metodologia de cogestiva baseada na participação ativa dos usuários em todos os processos da pesquisa. Atualmente conta com participação de usuários de serviços de saúde mental junto aos grupos de pesquisa e, nos anos de 2013 e 2014, foi adotado como política pública de saúde no estado do Rio Grande do Sul (OLIVEIRA NETO, 2016).

Tal estratégia tem sido inspiradora para outras reflexões sobre o uso de medicamentos e sobre a relação que cada sujeito tem com o seu modo de lidar com sua experiência de sofrimento.

Além disso, como dito no começo do capítulo, observamos, no cotidiano dos serviços de saúde, pouca reflexão e baixo empoderamento dos usuários acerca do uso de suas medicações como uma estratégia do cuidado no campo da saúde mental. Esse baixo empoderamento está atrelado, muitas vezes, a questões muito simples: falta de conhecimento sobre o seu processo de sofrimento, dificuldades na comunicação entre profissional-usuário.

Uma concepção complexa de autonomia direcionaria ao fortalecimento das relações entre pacientes e técnicos de saúde e à compreensão de que, no contexto da saúde mental. A autonomia deve ser compreendida como

capacidade do indivíduo de estabelecer normas para a própria vida a partir da ampliação de suas relações sociais. Considera-se autônomo aquele que estabelece maior diversidade e número de relações em rede. Considerando que sujeito e mundo se mantêm em relação de codependência, então a ampliação da autonomia equivale ao aumento de inserção em relações desse tipo (KINOSHITA, 1996).

Com base nisso, Zambillo (2015) reitera que a autonomia individual não é entendida como autossuficiência e, sim, como capacidade de estabelecer redes e se retroalimentar. “É pela insuficiência que se ajuda e se busca apoio nos demais, é pela ajuda recebida que se pode ser suficiente, nunca autossuficiente, sempre suficiente pelo que se compartilha” (Ibidem p. 89).

Nesse sentido, Campos Silva (2005) afirma que a passagem da sociedade disciplinar para a sociedade de controle não significa, de forma alguma, o fim da disciplina, e sim seu exercício imanente, isto é, a autodisciplina dos sujeitos, de tal maneira que agora esta se exerce no interior das próprias subjetividades. Pensando o espaço da clínica no que tange ao cuidado em saúde mental,

O lugar do sujeito na clínica vem sendo deslocado, deixando de ser aquele que aponta seu sofrimento, na medida em que este é agora anunciado pelas novas tecnologias, antes mesmo que qualquer indício de sofrimento apareça em seu corpo. Por outro lado, paradoxalmente, com o advento da sociedade de controle, estaríamos assistindo a um aumento da responsabilidade atribuída ao sujeito tanto por seu adoecimento como pela prevenção deste. Essas duas perspectivas nos levam a pensar que o lugar da psicologia na saúde situa-se entre dois polos: o de resgatar para o sujeito o lugar na clínica que este perdeu – o de dizer do que sofre – de onde sai a vertente da humanização, ou o de coadjuvante nas práticas disciplinares da sociedade de controle, que faz com que os indivíduos passem a se sentir cada vez mais responsáveis por seu adoecimento e, conseqüentemente, pela manutenção de sua saúde (CAMPOS SILVA, 2005, p. 91).

Podemos pensar que o lugar de um saber psicológico na sua relação com a saúde situa-se na questão de (re)centrar o sujeito no âmbito da clínica, autorizando-o a dizer do que ele sofre. Ou podemos ser coadjuvantes com práticas disciplinares que fazem com que o usuário se sinta cada vez mais responsável por seu adoecimento e manutenção de sua saúde (CAMPOS SILVA, 2005). Eis um dilema ético cotidiano no cenário da saúde mental.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

No presente capítulo, pretendeu-se fazer uma discussão crítica sobre como as práticas de cuidado, influenciadas pelos diagnósticos em saúde mental, vão inserindo-se na vida pública por meio de um discurso de medicalização da sociedade. Num primeiro momento, partimos da constatação do desenfreado índice de uso de psicofármacos no Brasil e sua relação com o cuidado em saúde. Sabemos que os diagnósticos, formais ou informais de uma forma equivocada e não atenta à vida do outro, contribuem para o aumento das prescrições em massa e abrem campo de possibilidades para reforçar a medicalização da vida. Esse processo tem sido acompanhado pela transformação das aflições humanas inerentes à vida em problemas médicos, forjando, assim, modos de vida fundados no imperativo de que, para lidar com o sofrimento, é preciso medicalizar-se.

Num segundo momento, mostramos que, desde o nascimento, a psicologia, enquanto estatuto científico, esteve marcada pela convocação de responder à questão da razão e da não-razão e, para isso, ela construiu ferramentas para tornar o mundo capturável pelo psiquismo. Dessa forma, o saber psicológico construiu medidas avaliativas e diagnósticas que serviram para tentar quantificar o comportamento em plataformas individualistas em detrimento dos atravessamentos coletivos, centrando e responsabilizando o indivíduo por seus sofrimentos psíquicos.

Ao tentar responder à diferença entre o normal o anormal a partir do paradigma clássico da psiquiatria, a psicologia se viu capturada por uma via disciplinar e normalizadora, buscando o controle sobre a vida. Esse poder normalizador da psiquiatria consistia em manter sobre o domínio do discurso médico e medicamentoso, a verdade sobre a loucura traduzida em doença

mental e a verdade do que fazer com as pessoas em sofrimento psíquico. Michel Foucault ofereceu pistas para a compreensão dessa questão quando abordou a questão da biopolítica e do biopoder.

No cenário contemporâneo, uma questão importante emerge: os processos de medicalização da vida, entendida na concepção de Illich (1975), produziram uma crescente dependência da população para as prescrições biomédicas. Dessa forma, observa-se, no cotidiano, uma insistência do uso farmacológico em detrimento de outros modos de cuidar.

O reconhecimento desse aspecto implica considerar que esses processos engendram construções de assujeitamento, o que reflete, muitas vezes, no baixo nível ou na ausência de reflexão dos usuários de saúde mental e na falta de poder de contratualização desses indivíduos quanto à gestão do uso de medicamentos. A pista que surge dessa reflexão aponta para uma tentativa de apropriação do corpo e de sua história de vida pelos usuários para um maior diálogo e poder de contratualidade destes com os profissionais especialistas. De algum modo, é uma tentativa de reverter o velho legado Bacamartiano alienista que supõe que seu saber é capaz de contemplar o que é melhor para o outro. Dessa forma, compreende-se que essa relação pode qualificar o processo de produção de autonomia e no exercício cotidiano de construção da cidadania para que os profissionais não médicos se apropriem do conhecimento sobre as medicações para poderem dialogar com os usuários e médicos e assim qualificar o processo, investindo na produção de autonomia e no exercício da cidadania.

Citamos a estratégia GAM como uma das possibilidades de intervenção nessa problemática. Diante disso, apostamos na necessidade de um diálogo maior com o campo do social como estratégia de resistência aos predicados de um saber científico que, marcado por estratégias biopolíticas, vai insistindo em produzir subjetivações estanques. Nesse cenário, a Psicologia, no seu papel de produzir cuidado no campo da saúde, pode tornar-se importante ferramenta clínico-política ao conceber seus campos de atuação com uma dimensão histórico-social que muito tem a contribuir para a desnaturalização dos processos de poder e medicalização da vida.

## REFERÊNCIAS

AMARANTE, P. **Saúde mental e atenção psicossocial**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

ASSIS, J. M. de. **O Alienista**. Porto Alegre: L&PM, 2010.

BRZOWSKI, F. S.; CAPONI, S. Transtorno de Déficit de Atenção com Hiperatividade: comportamentos anormais, normalização e controle social. In: CAPONI, S. *et al.* **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. Palhoça: Unisul, 2010. p. 214-228.

CAMPOS SILVA, L. B. A psicologia na saúde: entre a clínica e a política. **Revista do Departamento de Psicologia - UFF**, v. 17, n. 1, p. 79-92, 2005.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010.

COSTA-ROZA, A.; LUZIO, C. A.; YASI, S. Atenção psicossocial rumo a um novo paradigma na saúde mental coletiva. In: SCLIAR, M. *et al.* (Org.). **Archivos de Saúde Mental e Atenção Psicossocial**. Rio de Janeiro: Nau, 2003. p. 13-44.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Subsídios para a campanha: Não à medicalização da vida e medicalização à educação**. Brasília: Conselho Federal de Psicologia, 2011.

FOUCAULT, M. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 2010b.

FOUCAULT, M. **História da loucura: na idade clássica**. São Paulo: Perspectiva, 2010c.

FOUCAULT, M. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2010a.

FOUCAULT, M. **O poder psiquiátrico**. São Paulo: Martins Fontes. 2006.

GALINDO, D. et al. Vidas medicalizadas: por uma genealogia das resistências à farmacologização. **Ciência & Profissão**, São Paulo, v. 34, n. 4, p. 821-834, 2014.

GAUDENZ, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da medicalização. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 16, n. 40, p. 21-34, 2012.

GUARESCHI, N. M.; HÜNNING, S. M. (Org.) **Foucault e a psicologia**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2009. (Coleção Debates Contemporâneos em Psicologia Social, v. 3).

HÜNNING, S. M.; GUARESCHI, N. M. Problematizações das práticas psi: articulações com o pensamento foucaultiano. *Athenea Digital*, n. 8, pp. 95-108, 2005.

IGNÁCIO, V.; NARDI, H. A medicalização como estratégia biopolítica: um estudo sobre o consumo de psicofármacos no contexto de um pequeno município do Rio Grande do Sul, **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 88-95, 2007.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde**: nêmis da medicina. 3. ed. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

KINOSHITA, R. Contratualidade e reabilitação psicossocial. In: PITTA, A. (Org.). **Reabilitação psicossocial no Brasil**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1996. p. 55-99.

LANCETTI, A. **Clínica peripatética**. São Paulo: Hucitec, 2008.

MACHADO, F. R.; PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. As formas de cuidado integral nos espaços públicos de saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. 3. ed. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2006. p. 57-73.

MARTÍNEZ-HERNÁEZ, A. A medicalização dos estados de ânimo: o consumo de antidepressivos e as novas biopolíticas das aflições. In: CAPONI, S. et al. (Org.).

**Medicalização da vida:** ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Curitiba: Prismas, 2013. p. 111-134.

MEDEIROS, P. F. de; BERNARDES, A. G.; GUARESCHI, N. M. de F. O conceito de saúde e suas implicações nas práticas psicológicas. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 21, n. 3, p. 263-269, 2005.

OLIVEIRA NETO, A. **Saúde mental entre direitos e cuidados:** conversações. 2016. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2016.

ONOCKO-CAMPOS, R. et al. A gestão autônoma da medicação: uma intervenção analisadora de serviços de saúde mental. **Ciência e saúde coletiva**, São Paulo, v. 18, n. 10, p. 2889-2898, 2013.

PINHEIRO, R.; MATTOS, R. Apresentação. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). **Razões públicas para a integralidade em saúde:** o cuidado como valor. Rio de Janeiro: IMS/UERJ/CEPESC/ABRASCO, 2007. p. 15-28.

PORTOCARRERO, V. **As ciências da vida:** de Canguilhem a Foucault. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

RAUTER, C.; PEIXOTO, P. Psiquiatria, saúde mental e biopoder: vida, controle e modulação no contemporâneo. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 14, n. 2, p. 267-275, 2009.

RODRIGUEZ DEL BARRIO, L.; PERRON, N.; OUELLETTE J. N. Psicotrópicos e saúde mental: escutar ou regular o sofrimento? In: ONOCKO CAMPOS, R.; FURTADO, J. P.; PASSOS, E.; BENEVIDES, R. (Org.). **Pesquisa avaliativa em saúde mental**: desenho participativo e efeitos de narratividade. São Paulo: Editora Hucitec; 2008. p. 125-51.

SEVERO, A. K.; DIMENSTEIN, M. O diagnóstico psiquiátrico e a produção de vida em serviços de saúde mental. **Estudos de psicologia**, v. 14, n. 1, p. 59-67, 2009.

ZAMBILLO, M. **Autonomias errantes**: entre modos de ser autoimpostos e possibilidades de invenção de si. 2015. 154 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social e Institucional)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Instituto de Psicologia, Porto Alegre, 2015.







# CAPÍTULO 6

## É TEMPO DE OS ESTRANGEIROS VOLTAREM PARA A CASA: O DUPLO LOUCURA E CIDADANIA<sup>1</sup>

**KARLA GOMES NUNES**  
**NEUZA MARIA DE FÁTIMA GUARESCHI**  
**ANITA GUAZZELLI BERNARDES**

---

<sup>1</sup> Este trabalho é desenvolvido pelas autoras a partir do percurso e resultados de uma pesquisa maior intitulada *De loucos perigosos a usuários cidadãos: sobre a produção de sujeitos no contexto das políticas públicas de saúde mental* (NUNES, 2013).

## INTRODUÇÃO

A temática deste texto parte da problematização dos modos de articulação entre cidadania e loucura, a partir do campo da saúde mental. Esta análise encaminha para a consideração sobre a conformação da figura do beneficiário em um programa de reabilitação psicossocial no âmbito da saúde mental a partir do duplo loucura e cidadania. O percurso desta reflexão se faz pelos rastros do processo da Reforma Psiquiátrica, partindo das discussões sobre as práticas alienistas – nas quais se considera que o sujeito louco estaria alijado da cidadania – para as práticas propostas pela Reforma, em que se aproxima loucura da cidadania. O interesse é compreender o modo como esta aproximação torna-se possível e os efeitos em termos de formas de subjetivação, ou seja, um tipo ou foco de experiência no qual se sobrepõem regimes de verdade, normativas de comportamento e subjetividades possíveis (FOUCAULT, 2010).

A análise, sustentada em uma perspectiva foucaultiana, percorre autores que refletem sobre a história da loucura, inclusive o processo de Reforma Psiquiátrica, dando foco nos documentos produzidos pelo campo da saúde mental atualmente, em especial aos registros do Programa De Volta para Casa, do Ministério da Saúde.

A análise dessas materialidades implica considerar a necessidade de interrogação dos processos sociais, inclusive aqueles com os quais nos identificamos, como no caso da Reforma Psiquiátrica. Dessa forma, não se toma a Reforma como um processo finalizado e encerrado em si mesmo. Parte-se de uma perspectiva de que a Reforma é também um campo de lutas, no qual se produzem regimes de verdade e formas de governo, não como um termo exterior, mas como elementos que a atualiza e a torna possível. Isso porque, conforme escrito anteriormente, se tomarmos a loucura como foco de experiência, entende-se que a Reforma Psiquiátrica entrará na constituição da loucura como mais uma das linhas de verdade e governo que a produz.

Além da ferramenta de focos de experiência, outra se torna interessante para esta reflexão – o duplo. O conceito de duplo é desenvolvido por Foucault (2002) como estratégia para considerar o modo como se tornou possível aproximar o discurso jurídico do discurso psiquiátrico. Explica o

autor que, quando a psiquiatria passa a figurar no campo jurídico, não é por um exercício de substituição de um pelo outro, pelo contrário, o que se vê é um dobramento a partir do qual a infração jurídica dobra-se com a loucura e produz tanto deslocamentos e transmissão de poder como seus efeitos. Desse jogo, o autor considera a produção de um duplo, daquilo que é tanto matéria jurídica quanto psiquiátrica, mas não se limita a nenhuma delas, porque é, ao mesmo tempo, jurídica e psiquiátrica – o delinquente. A figura do delinquente é, então, um duplo do jurídico-psiquiátrico. No caso deste texto, o conceito de duplo permite certa operação do pensamento sobre o processo de Reforma Psiquiátrica, ou seja, do jogo que aproximará cidadania e loucura conformando um duplo: o beneficiário.

Para tanto, em um primeiro momento serão tracejados os elementos que conformam o campo da saúde mental. A partir disso, serão consideradas as discussões sobre cidadania. Com esses dois planos, será traçada uma analítica dos jogos do campo da saúde mental a partir do Programa de Volta para Casa, focalizando a produção da figura do beneficiário.

### **RASTREAR O CAMPO DA SAÚDE MENTAL**

Neste texto, a saúde mental é tomada como campo em termos de uma problemática e não apenas no que diz respeito a uma acepção recorrente que nomeia um conjunto de práticas. Como campo de uma problemática, considera-se a saúde mental como um conjunto heterogêneo de elementos que se cruzam, se transversalizam, se encontram, se deslocam, constituindo uma rede na qual procedimentos se estabilizam. A estabilização se dá por um processo de naturalização desses jogos entre distintos elementos, tornando a saúde mental uma superfície quase homogênea. É nesse efeito de homogeneidade que, justamente, situa-se o risco e a própria problemática. Portanto, a conformação de um campo é como um plano em que certo fenômeno se dá a conhecer a partir de diferentes linhas que o compõem. A noção de campo serve ao pensamento como uma superfície a ser percorrida em termos de rastros que conformam uma problemática da atualidade. Campo, neste caso, é tanto um território para o pensamento como um problema do presente, no qual se transversalizam regimes de verdade, normatividades de comportamento e subjetividades possíveis. É preciso certo exercício de

inflexão, que dobre linhas estabilizadas, para compreender a saúde mental não como uma verdade, mas como um regime de verdades e normativas de comportamentos que produzem modalidades de relação consigo e com o mundo.

Nesse contexto, a análise dos documentos do Programa de Volta para Casa permitiu visibilizar o modo como são descritos e percebidos muitos dos sujeitos indicados como candidatos a beneficiários desse Programa. Mais do que isso, é preciso ter presente que o próprio modo como se constitui a articulação que pretende fazer frente ao modelo assistencial em Psiquiatria (vigente no Brasil até os anos 1970 de modo quase intocado) remete a controvérsias semelhantes àquelas que se evidenciam quando se trata de discutir a tensa relação entre cidadania e loucura. Tomamos a expressão campo da saúde mental como emergente das mobilizações em torno da Reforma Psiquiátrica, o qual se organiza, pelo menos, em torno de três eixos fundamentais. Quais sejam: a) a crítica à organização da assistência psiquiátrica no Brasil – centrada nos grandes hospitais; b) a luta pelo redirecionamento do cuidado em saúde mental; e c) a reivindicação pelo reconhecimento e garantia dos direitos dos portadores de sofrimento psíquico. Sublinhamos que a luta pelo reconhecimento de direitos de sujeitos específicos, no caso os portadores de sofrimento psíquico, ao vincular-se à noção de campo, marca uma abertura paradoxal, pois, no caso da saúde mental, demarca-se a luta pela garantia de direitos, ao passo que a expressão campo remete, justamente, à suspensão de direitos de certos grupos, em determinados tempos e lugares, como nos ensina Agamben (2010). Assim, a emergência do campo da saúde mental tem como uma de suas consequências a produção de uma tensão em torno das práticas psiquiátricas, ao questionar um processo histórico de suspensão de direitos.

A produção de um campo viria para modificar os efeitos produzidos por outro campo. O campo da saúde mental conforma-se, entre outras estratégias, como um modo de demarcar os arranjos da psiquiatria em termos de experiência da loucura. Agamben (2010), especificamente na obra *O que resta de Auschwitz*, apresenta uma noção de campo no qual se articulam direito e território e que passa a compor com a discussão de campo anterior, no sentido de indicar algumas linhas que compõem a saúde

mental. A noção de campo, para esse autor, aparece como relacionada ao conceito de estado de exceção, tratada na obra publicada originalmente em 2003 (AGAMBEN, 2011). Nela, o autor define o estado de exceção como um processo de suspensão de direitos dentro do próprio sistema normativo. Assim, a suspensão de direitos não se dá fora do ordenamento jurídico ou de um Estado de direitos, mas justamente trata-se da abertura de um campo no qual “a distinção entre público e privado estão desativados” (AGAMBEN, 2011, p. 78), restando, para a existência de um indivíduo, apenas seu próprio corpo. Esse corpo despossuído de direitos é o que Agamben chama de vida nua. Em solo brasileiro, é Franco Basaglia, também italiano, quem convoca a imprensa para denunciar a existência de algo análogo a um campo de concentração no Estado de Minas Gerais, no final da década de 1970. Esse ato, narrado pelas reportagens de Hiran Firmino (1982), dá vistas à existência de centenas de pessoas trancadas, com o respaldo do Estado, sob os muros do hospício, em condições degradantes e à espera da morte. Essa denúncia ocorre após a passagem do psiquiatra italiano pelo maior hospital psiquiátrico existente em Minas Gerais, localizado na cidade de Barbacena. Sabemos o quão ofensiva soa a equiparação do que foi Auschwitz com qualquer outra experiência, por mais terrível que ela seja (AGAMBEN, 2010). No entanto, é certo que a equiparação com o holocausto produziu certa descontinuidade nas relações que estabelecemos com os nossos manicômios, sendo visível a repercussão que alcançou, anos depois da obra de Hiran Firmino, o livro *Holocausto Brasileiro*, de Daniela Arbex (2013).

Ainda sobre o campo, trata-se, antes, de pensar esta noção retirando dela dois elementos: a suspensão de direitos ou o estado de exceção, os quais se tornam linhas que permitem, então, problematizar o campo da saúde mental. Isso porque o campo da saúde mental conformar-se-ia justamente como estratégia para a construção de uma Política na qual o doente mental fosse retirado de um estado de exceção e de suspensão de direitos.

Cabe destacar que a denúncia de Basaglia foi seguida por muitas outras, dando forças à emergência de um movimento social e a proveniência do campo da saúde mental. Campo que se forja como estratégia de luta política ao mesmo tempo em que é ele mesmo um conjunto heterogêneo de relações de poder e verdade mediante as quais se produzem subjetividades.

O campo como operador de uma luta é também uma luta: produção de conhecimentos e de verdades, práticas normativas, relações agonísticas. Contudo, é preciso reconhecer que as diferenças que envolvem o jogo entre o reconhecimento de direitos e a loucura (ou doença mental) não se esgotam com a emergência desse campo.

Birman (1992) considera um equívoco pensar que os enfermos mentais, tal como ele os designa, foram sujeitos que, gradativamente, tiveram a sua condição de cidadãos desrespeitada pelo Estado brasileiro. Para ele, fundamentam-se nesse equívoco as premissas que situam o Estado na condição daquele que tem uma dívida histórica com os doentes mentais. Seu argumento é de que a problemática da cidadania dos loucos não remete ao Estado brasileiro, tão somente, devendo ser remetida às práticas que transformaram “o campo da loucura no campo da enfermidade mental, na aurora do século XIX” (BIRMAN, 1992, p. 73). Para o autor, há simetria entre a formação da noção de doença mental e a percepção do louco como enfermo. Logo, ao receber o estatuto social de enfermo, ao louco passa a ser tributado o “direito à assistência e ao tratamento, sob a proteção do Estado” (BIRMAN, 1992, p. 73). Entretanto é importante considerar, a partir desta análise, que aqui se coloca em jogo a relação entre loucura e cidadania, porém, se percorremos a conformação do cidadão a partir do século XVIII, encontra-se que essa forma de constituição de sujeitos não designa toda a população que habita um determinado território até o século XX. Além disso, em se tratando do aparecimento da relação entre sujeito e direito, de uma sociedade de direitos, as estratégias políticas de governo da população em relação ao direito são inéditas, de modo a não ser possível considerar que foi retirado algo de um determinado grupo, pois este algo não existia. Cabe aqui referir uma argumentação central de Birman (1992), em que o autor destaca que o surgimento da Declaração dos Direitos Humanos é concomitante ao surgimento do próprio alienismo.

A emergência da noção de doença mental distingue os loucos de uma massa indiferenciada de marginalizados, os quais são indicados por Birman (1992, p. 74) como “criminosos, prostitutas, ladrões, vagabundos, cafetões e desviantes em geral”. Ao operar tal distinção, os alienados (que passam a ser objetivados como doentes mentais, pela Psiquiatria) são situados em outro

plano, o que os coloca sob a proteção do Estado – uma espécie de curatela, objetivada por meio de lugares designados para zelar pelos interesses e pela defesa dos enfermos mentais. Tais espaços foram organizados sob a forma e a epígrafe dos hospícios. Dessa maneira, sob o pretexto da assistência e proteção, delega-se a alguém (ou a uma instituição) a condição de responder e cuidar daquele tido como doente mental. Portanto, há uma relação com o direito, na defesa do sujeito e da sociedade. Com efeito, ao mesmo tempo em que os loucos são incluídos na nosografia médica, eles são apartados de um arranjo social que previa a igualdade, a liberdade e a fraternidade, o que, para Birman (1992), está para além do Estado brasileiro e remonta mesmo ao contexto pós Revolução Francesa. Conforme seus escritos,

cxcomo decorrência disso, o louco não era representado como sendo igual aos demais cidadãos, não podendo então associar-se de maneira fraterna com as demais individualidades no espaço social. Sendo, portanto, representado como um ser mutilado na sua razão, o louco não poderia exercer a sua vontade e ter discernimento para se apropriar legitimamente de sua liberdade. Enfim, em função de sua alienação fundamental a figura do doente mental não era reconhecida como a de um ser inscrito nos universos da razão e da vontade, não podendo conseqüentemente ser representado como um sujeito do contrato social (BIRMAN, 1992, p. 74).

Nessa perspectiva, a destituição da cidadania do doente mental remonta simultaneamente ao processo de formulação da noção de doença mental e de sua vinculação com a loucura, de modo que Birman (1992) sublinha o reducionismo das discussões centradas nas denúncias sobre as supostas dívidas de Estado, as quais poderiam ser pagas mediante ações compensatórias. Ou seja, no campo da saúde mental, a problemática da cidadania está posta desde o momento em que a loucura virou doença mental. Porém, conforme o que foi apontado anteriormente, a cidadania não entrava como uma linha de composição da loucura antes das modificações em termos de regimes de veridicção no século XX. A loucura como doença mental



conforma-se como aquilo que Agamben (2007) considera como vida nua, ou seja, aquelas vidas que ao entrarem já marcam sua saída, vidas que são tomadas pela política para marcar o jogo ao mesmo tempo da inclusão e da exclusão. E esse jogo não apenas exclui, como no caso da lepra; a exclusão da doença mental é um procedimento complexo de investimento e de produção de subjetividades.

Porém, diferentemente de assumir uma postura que finalize nesse ponto a discussão, Birman (1992) salienta que a inscrição da loucura como doença mental alicerça-se em certa formação de compromisso: restabelecer a condição de sujeito, mesmo em se tratando dos doentes mentais. A clausura e o restabelecimento da condição de cidadão pleno comporiam o jogo complexo dos procedimentos de sujeição que aproximam sujeito e direito. Alinha-se a essa posição o apontamento de Silveira (2000), o qual esclarece que a história das práticas psiquiátricas ocidentais é marcada por uma série de promessas, entre elas as sucessivas tentativas de restituição da cidadania aos loucos. Com efeito, sendo o tratamento postulado como um direito, a submissão à internação nos grandes hospitais é preconizada como o meio, por excelência, para o desenvolvimento das práticas terapêuticas, com o objetivo de restaurar a condição de sujeito do contrato social (BIRMAN, 1992). Esse ponto é interessante no que tange ao campo da saúde mental porque, se é levado em consideração, como escrito antes, que desde o início a problemática da cidadania esteve em jogo, conformando-se um campo de visibilidade em que todas as estratégias finalizariam na cidadania, ou seja, desde que a cidadania seja o referente, é possível a composição de certas linhas, mesmo que heterogêneas e controversas, como aparecerá no Programa de Volta para Casa.

A década de 1980 é apontada como o período de emergência dos discursos que aproximam, de forma contundente, a cidadania e os enfermos mentais. Nesse ponto, Birman (1992) faz nova referência ao Movimento de Reforma Psiquiátrica, o qual ele reconhece como para além da reorientação da rede assistencial em Psiquiatria. O autor demarca o contexto social e político em que passa a ser reivindicada a cidadania dos enfermos mentais (e que se reivindica do Estado o reconhecimento de sua dívida com esses enfermos). Ao mesmo tempo, em seu texto de 1992, são aproximados os

conceitos de *saúde mental* e *cidadania* e indicada uma continuidade entre eles: o centramento no modelo iluminista e positivista, cuja expressão maior é o sujeito da razão e da vontade. Para Birman (1992), as práticas psiquiátricas sempre empreenderam tentativas de reabilitar os tidos como loucos, tornando-os sujeitos da razão e da vontade, os quais poderiam ser chamados de *cidadãos*. Nesse sentido, a razão e a vontade são concepções estruturais que perpassaram uma série de práticas preconizadas como terapêuticas, como o tratamento moral, a pedagogia da cidadania, a praxiterapia e a farmacologia. Na mesma série, Birman (1992) ainda inclui as comunidades terapêuticas, objetivadas por meio da Psiquiatria comunitária (nos Estados Unidos) e da Psiquiatria de setor (na França).

Ao considerarmos o conceito de saúde mental proposto atualmente pela Organização Mundial de Saúde (OMS), vemos que a aproximação assinalada por Birman (1992) há mais de 20 anos aparecerá na Política. Conforme a OMS, “a saúde mental se define como um estado de bem-estar, no qual o indivíduo é consciente de suas próprias capacidades, pode enfrentar as tensões normais da vida, pode trabalhar de forma produtiva e frutífera e é capaz de fazer uma contribuição à sua comunidade” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2013).

Razão, vontade, trabalho e participação nas trocas comunitárias. Elementos que constituem o conceito de saúde mental preconizado pela OMS. Elementos que também embasam as práticas que pretendem reabilitar ou produzir “novos sujeitos e novos direitos” no campo da saúde mental (AMARANTE, 1992). O que nos interessa desta conformação do campo da saúde mental é justamente a máquina de naturalização da cidadania, ou seja, o jogo que se tornou possível quando um campo é formulado para opor-se a outro. Esse jogo se dá pela modificação no regime de verificação. Para marcar a noção de estado de exceção do campo da psiquiatria, se estabelecerá um enunciado que costurará os elementos heterogêneos do campo da saúde mental: a cidadania.

E quanto à cidadania, de que modo ela pode ser definida no cenário brasileiro contemporâneo?

## A CONSTRUÇÃO DA CIDADANIA

Ao abordar o conceito de cidadania no Brasil, Pinto (2004, p. 69), muito antes de afirmar, interroga: “sobre o que estamos tratando quando estamos tratando de cidadania?” A cientista política, ao tratar a noção de cidadania enquanto um discurso, escreve que a “cidadania se tornou um vocábulo no qual parece caber tudo”. Ao considerar a abrangência atual da palavra, ela argumenta que sua acepção remete à relação entre o cidadão e o Estado. Nesse sentido, há uma proximidade com os pressupostos de Castel (2003), pois, também para Pinto (2004), o que está em jogo é a emergência de um discurso que só pode se formar no enquadramento do Estado Nacional moderno de modo atrelado à noção de igualdade e ao pressuposto de uma relação marcada por direitos e deveres.

No caso brasileiro, o reconhecimento de direitos, até a década de 1980, estava atrelado ao trabalho formal, o qual organizava de certo modo esse pacto de reconhecimento de direitos mediante o cumprimento de deveres, no caso, a contribuição à Previdência Social. A Constituição Brasileira, proclamada em 03 de outubro de 1988, é conhecida, conforme Pinto (1999), como a Constituição Cidadã. Para a cientista, o documento de 1988 apresenta grande diferença em relação às demais Cartas Constitucionais brasileiras, pois ele preza a inclusão mais do que qualquer outro. Ela utiliza o conceito de *inclusão* conforme a acepção foucaultiana do termo. Com isso, ela nos leva a entender que, pela primeira vez na história brasileira, temos uma Constituição que classifica, nomeia, divide, reconhece direitos específicos e diferenciados, isto é, inclui sujeitos e reconhece direitos que foram legitimados pelas lutas populares travadas no decorrer dos anos anteriores e que se acentuaram na década de 1980. Esse é o caso, por exemplo, dos movimentos pela Reforma Psiquiátrica e da luta pelo reconhecimento dos direitos dos usuários dos serviços de saúde mental.

Aproveitamos a proximidade demarcada por Birman (1992) entre os elementos que constituem as noções de saúde mental e cidadania para assinalar a proximidade entre a proveniência do campo da saúde mental (enquanto um campo de mobilização e luta) e a inclusão dos “enfermos mentais” no âmbito das Políticas, o que se dá pela nomeação desses sujeitos

e pela enunciação destes como sujeitos de direitos. Assim, a enunciação dos direitos, como atrelados à cidadania, só foi possível com a emergência do campo da saúde mental. Inegavelmente, o processo de formulação e luta por aquela que se tornou a Lei 10.216, de 06 de abril de 2001 (BRASIL, 2001) é a expressão maior desse processo de inclusão das pessoas consideradas portadoras de transtornos mentais, como escrito na lei, no plano de enunciação dos direitos.

Contudo é preciso assinalar que a simples inscrição das expressões *enfermos mentais*, como faz Birman (1992), ou *pessoas portadoras de transtornos mentais*, como inscrito na referida lei, não estabiliza a relação entre cidadania e loucura. As formas de estabilização encontram-se no jogo que se coloca no interior do campo da saúde mental, em que se articulam enunciados do campo da psiquiatria com enunciados do sujeito de direitos. Isso permite aquilo que apontamos no início do texto como a formação de uma modalidade de experiência. O foco de experiência que se produz com o campo da saúde mental, apesar de em um primeiro momento apontar para uma continuidade no que tange à permanência de certos enunciados do campo da psiquiatria, é em si um outro arranjo, uma outra rede de articulações, ou seja, uma descontinuidade. Descontinuidade, pois agrega, em um mesmo plano, as reivindicações pelo tratamento – em outros moldes que não a clausura nos grandes hospitais – e a luta pela garantia de direitos. Assim, conforma-se, aos poucos, a percepção do usuário<sup>1</sup>–cidadão, momento em que o trabalho (enquanto prescrição) emerge como um operador importante para se pensar, sob outros aspectos, essa antiga problemática entre loucura e cidadania.

Para sustentar a premissa de que se delinea uma descontinuidade no duplo cidadania e loucura, procuramos percorrer como as práticas em saúde mental contemporâneas articulam o tratamento, o trabalho e os direitos e, assim, a forma como são constituídos sujeitos. Para isso, nos propomos a discutir como a prescrição do trabalho – como tratamento em saúde mental – pode ser considerada como uma estratégia que visa produzir o exercício

---

<sup>1</sup> Na atualidade, usuário dos serviços de saúde mental é um modo recorrente de nomear aqueles que fazem tratamento nos serviços de saúde mental brasileiros.

da cidadania. Utilizamos, para isso, os registros do Programa de Volta para Casa, do Ministério da Saúde, como um dos procedimentos do campo da saúde mental.

### **OS ESTRANGEIROS VOLTAM PARA CASA: LOUCURA E CIDADANIA**

O Programa de Volta para Casa foi criado pela Lei nº 10.708, de 31 de julho de 2003 (BRASIL, 2003a) como parte das estratégias para desinstitucionalização de pacientes internados por longos períodos. Assim, a lei estabelece o pagamento de auxílio financeiro “para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações” superiores a dois anos em hospitais psiquiátricos, hospitais de custódia e tratamento ou em Serviços Residenciais Terapêuticos (BRASIL, 2003b).

Com efeito, o Manual do Programa de Volta para Casa, PVC, é um documento formulado pelo Ministério da Saúde para orientar gestores e trabalhadores da rede acerca do processo de cadastro dos municípios e dos candidatos a beneficiários do Programa. Como aparece explicitado na primeira página do referido documento, a concessão de renda e o tratamento estão vinculados ao alcance de determinados fins, os quais aparecem inscritos como os objetivos do PVC, como indica o trecho a seguir:

O objetivo deste Programa é contribuir efetivamente para o processo de inserção social dessas pessoas, incentivando a organização de uma rede mais ampla e diversificada de recursos assistenciais e de cuidados, facilitadora do convívio social, capaz de assegurar o bem-estar global e estimular o exercício pleno de seus direitos civis, políticos e de cidadania (BRASIL, 2003b, p. 1).

As pessoas – ou “beneficiários”<sup>2</sup> – descritas no Manual desse Programa são aquelas sobre as quais se sobrepõem duas condições: o dito acometimento de um transtorno mental, categoria da nosografia médica, e o

---

<sup>2</sup> “Beneficiário” é a expressão utilizada para nomear o indivíduo incluído na folha de pagamento do PVC. Para tanto, procede-se ao cadastramento e habilitação do município no Programa, seguida da avaliação do “candidato” por uma equipe técnica e posterior avaliação do seu pro-

acontecido de uma longa internação psiquiátrica, financiada pelo Estado brasileiro. Encontra-se no mesmo Manual o Instrumento de Avaliação do Beneficiário, o qual é conformado como um formulário que deve orientar o exame dos candidatos a beneficiários do Programa de Volta para a Casa. Esses formulários, junto a uma série de outros documentos, como cópias de Certidão de Nascimento e diplomas escolares, formam o arquivo do PVC<sup>3</sup>, que está localizado junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental, órgão do Ministério da Saúde, em Brasília.

Neste estudo, o interesse pelo Instrumento de Avaliação do Beneficiário volta-se para as descrições e prescrições realizadas pelos técnicos durante o preenchimento do formulário, as quais dizem respeito a um processo de avaliação e exame. Assim, a escolha pela análise desses documentos pressupõe que, por meio das descrições, também se constituem realidades e sujeitos. É assim com Ana<sup>4</sup>. Ela foi internada em 1961, aos 20 anos, em um complexo hospitalar psiquiátrico, localizado em uma das capitais do nordeste brasileiro. A alta hospitalar, ocorrida em 2007, se deu por transferência para o Serviço Residencial Terapêutico (SRT) situado na mesma cidade. Em 2012, Ana ainda vivia nessa mesma Instituição, momento em que foi solicitada sua inclusão no Programa de Volta para Casa (PVC). Pede-se, portanto, a inclusão de Ana em um Programa nomeado, nos termos da lei, como de “auxílio-reabilitação

---

cesso pela coordenação do PVC, a qual está situada em Brasília, junto à Coordenação Nacional de Saúde Mental.

<sup>3</sup> A consulta ao arquivo do PVC ocorreu em julho de 2012, mediante autorização da Coordenação Nacional de Saúde Mental e aprovação do Projeto de Pesquisa pela Comissão de Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Foram consultados 84 pedidos de inclusão de beneficiários, enviados entre os anos de 2003 a 2011 à Coordenação do Programa – entre eles, constavam pedidos oriundos de Sergipe, Minas Gerais, Rio de Janeiro, Bahia, Rio Grande do Sul, Paraíba e Pernambuco. Os Instrumentos de avaliação dos beneficiários foram transcritos pela primeira autora e foram referenciados neste estudo como: FORMULÁRIO de 1 a 84. A não especificação de cada um dos formulários consultados, mas deles em um conjunto, deve-se à necessidade de resguardar a identidade dos beneficiários do Programa de Volta para Casa. Trata-se, portanto, de documentos de acesso restrito, cuja consulta foi autorizada conforme citado acima.

<sup>4</sup> Para resguardar o sigilo das identidades dos envolvidos, os nomes foram substituídos e não serão citadas as cidades de origem dos beneficiários, limitando-se à indicação do estado ou região.

psicossocial". O que significa, como já referido, o pagamento mensal de benefício em dinheiro<sup>5</sup> para indivíduos que passaram por internações por período igual ou superior a dois anos em Hospitais ou Unidades Psiquiátricas, Hospitais de Custódia e Tratamento Psiquiátrico e Serviços Residenciais Terapêuticos. Para enquadrar-se nas condições do PVC, as internações precisam ser financiadas com recursos públicos, o que ocorre, a partir da década de 1990, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS).

Esse processo de inclusão, a partir do campo da saúde mental e de seus dispositivos, apresenta a necessidade de articular dois vetores: um relativo à nosografia psiquiátrica e outro ao tempo de internação.

O tempo de internação tem uma marca sensível nos registros das instituições, de modo que a conta para saber por quantos anos um indivíduo viveu internado não exige grandes cálculos matemáticos. Por exemplo, Ana foi internada em 1961 e transferida em 2007 para um Serviço Residencial Terapêutico. O resultado é simples para quem apenas procede ao cálculo: ela permaneceu internada durante 46 anos em um grande hospital psiquiátrico brasileiro. Tanto no caso de Ana como nos demais beneficiários do PVC, o tempo de internação é parte dos pré-requisitos para ingresso no Programa, e aparece como uma variável a ser considerada. Alia-se a essa variável uma constante, isto é, algo que é pressuposto sem variação, pois que deve preceder ao internamento. Esse imutável pressuposto anterior, ou, dito de outro modo, essa permanência nos registros e nas práticas, refere-se à afirmação da existência de algo como um transtorno mental. Transtorno que fez parte dos motivos para o internamento de homens e mulheres, e que no campo da saúde mental compõe as condicionalidades para a inclusão no PVC.

Por meio da leitura dos documentos que regulamentam o PVC, pode-se perceber um discurso que o torna possível e que ao mesmo tempo o faz operar. Esse mesmo discurso permeou as reivindicações dos movimentos pela Reforma Sanitária e pela Reforma Psiquiátrica, compondo não só o jogo de forças que se inscreve na Constituição de 1988, como também nos textos legais que, a partir dela, são escritos. Quando a saúde é afirmada como um

---

<sup>5</sup> No momento de criação do PVC, o valor do benefício, previsto em Lei, era de R\$ 240,00 (duzentos e quarenta Reais).

direito na Carta Constitucional, desdobra-se, a partir disso, o aparecimento da noção de cidadania em quase todos os documentos do campo da saúde a partir da década de 1990. Nesse momento, observa-se uma modificação importante em relação às práticas psiquiátricas desenvolvidas entre os séculos XX e XXI. Na década de 1990, ocorre uma rearticulação das noções de tratamento, trabalho e direitos, o que incide contundentemente no modo como as instituições são organizadas, os saberes são proferidos e, por fim, os sujeitos são produzidos. Nesse sentido, assinalamos um deslocamento das práticas alienistas que incidiam sobre aqueles tidos como aliados da condição de cidadãos para o desenvolvimento de uma série de práticas, situadas no campo da saúde mental, cuja produção da cidadania passa a ser preconizada como um de seus objetivos. Com efeito, a noção de cidadania é reforçada nos discursos que emergem nas décadas de 1970/1980, assumindo mesmo um efeito de naturalidade no campo da saúde mental. Ao passo que a cidadania passa a ser pensada como um efeito ou resultado, sua vinculação ao trabalho vai sendo realçada.

Desde a colonização portuguesa, o trabalho passa a operar como um marcador importante no Brasil. Bem mais tarde, já no texto Constitucional de 1967, encontra-se a seguinte expressão: “valorização do trabalho como condição da dignidade humana” (BRASIL, 1967). Esse princípio aparece expresso naquela Constituição, documento maior do Estado brasileiro, criado para estabelecer normas de conduta individuais e coletivas e para estabelecer princípios e garantias. Vale lembrar que o mesmo investimento conferido ao trabalho no texto constitucional de 1967 é encontrado nos tratados médicos que lhe antecedem e que lhe são contemporâneos, com a diferença de que esses tratados se ocupam da descrição daquilo que é considerado fora da normalidade, isto é, os sinais e sintomas psicopatológicos. Dessa articulação entre os discursos legais e os discursos médicos, desdobra-se algo como o duplo, enunciado por Foucault (2002), o que traz implicações sobre as estratégias de composição da população internada nos hospitais psiquiátricos do País. Isso porque operam-se, dentro e fora dos hospícios, formas de distinção dos sujeitos pautadas pela relação com o trabalho. Nesse sentido, observa-se que a própria noção de dignidade humana é subordinada a um



pacto social que reconhecia os direitos e provia as garantias individuais mediante a contribuição requerida pelo Estado.

Gradativamente, o trabalho se torna uma norma de conduta, de modo que ele tanto opera como um elemento que compõe o crivo que identifica aqueles que deverão ser internados como ele próprio acaba sendo apropriado como uma prática terapêutica. Esses movimentos, que serão detalhados adiante, antecedem à concepção de cidadania, que passa a ser requerida como um efeito do campo da saúde mental.

Em relação à análise dos Instrumentos de Avaliação dos Beneficiários, cabe salientar que ela indica algumas recorrências. Assim, em uma série de formulários com as avaliações e indicações de potenciais beneficiários do Programa de Volta para a Casa, nota-se a eloquência das falas que situam sujeitos como apartados do jogo social – sendo eles descritos como incapazes de trabalhar, localizando-os em um lugar distinto ao reconhecimento de direitos, uma vez que os posicionam entre os passíveis à assistência social. Por outro lado, observamos uma série de descrições cujos arranjos formam imagens distintas e outros modos de referência aos sujeitos. Trata-se dos registros nos quais prevalece o silêncio. Nestes, não há referência à história pregressa ou à incapacidade para o trabalho. Em alguns pedidos de inclusão de beneficiário, não há o registro do diagnóstico, seja como hipótese ou definição. Arriscamos dizer que são sujeitos descritos como “sem eira nem beira”<sup>6</sup>, conforme o dito popular. Essa imagem, dos “sem eira nem beira”, nos ajuda a pensar que um número considerável de pedidos para a inclusão de beneficiários no PVC descreve tais candidatos como aqueles de tudo despossuídos, não lhes restando nada além de seus corpos. O que resta pode ser pensado, portanto, como uma vida nua. Um sobrevivente em um estado de exceção, no jogo mesmo do Estado e não como algo que lhe é exterior (AGAMBEN, 2010).

Desse modo, a possibilidade de articulação no campo da saúde mental entre a nosografia psiquiátrica e o tempo de internação conjuga-se também

---

<sup>6</sup> Na definição popular, trata-se de sujeitos destituídos de um chão (eira) onde espalhar os resultados de um plantio e destituídos igualmente de um teto (com beira) para o corpo esconder e cuja figura pudesse ser vista de fora.

na ausência mesmo de registros, entre eles os diagnósticos. O silêncio dos prontuários, antes constituídos por vidas nuas, agora opera como estratégia para o próprio benefício do PVC. O campo da saúde mental absorve o silêncio como procedimento para a implementação do PVC, ou seja, aquilo que no discurso psiquiátrico é considerado pelo campo da saúde mental como o que destitui uma cidadania, agora é tomado como vetor para a própria cidadania: o silêncio não somente indica, mas reforça a necessidade de um benefício para sair.

Sobre esses silêncios, retomamos um atestado que acompanha o instrumento de avaliação de um dos indicados para inclusão no PVC. No documento, foi escrito: “atestamos para os devidos fins que o paciente XX esteve internado nesta Casa de Saúde, para tratamento especializado, sob a responsabilidade do SUS, no período de 12/06/1987 a 24/04/2007” (FORMULÁRIO de 1 a 84, 2013). Em outro instrumento de avaliação do beneficiário, o atestado difere apenas quanto ao período de internação: “Atestamos para os devidos fins que o paciente XX esteve internado nesta Casa de Saúde, para tratamento especializado, sob a responsabilidade do SUS no período de 26/02/1972 a 19/07/72 – 21/09/72 a 19/05/1973 e 17/04/1976 a 18/06/07” (FORMULÁRIO de 1 a 84, 2013). O primeiro internado por 20 anos. O segundo, por mais de 30. Dois casos em que o silêncio prevalece. Portanto, registra-se que, sob a chancela do Estado e por meio de financiamento do Sistema Único de Saúde, indivíduos foram mantidos reclusos sob a justificativa de dar-lhes direito a tratamento especializado. Aos dois, ex-internos de uma instituição carioca, soma-se uma lista oriunda do sul do Brasil, na qual perfilam 47 nomes, seguidos pelas seguintes informações: sexo, município de origem, data de nascimento, instituição de internação (origem), ano de entrada, ano de saída e destino do encaminhamento. Na ausência do Instrumento de avaliação do beneficiário ou de um atestado médico, amplifica-se a própria escassez de informações. Porém essa ausência é significativa na medida em que ela permite que o tempo de internação ganhe visibilidade por si.

Com efeito, quando o tempo de internação passa a figurar como justificativa primeira para o benefício, a indagação sobre o silêncio em torno das histórias de vida nesses prontuários é aquilo que se torna possível

pelo campo da saúde mental. O campo da saúde mental ilumina em suas discussões tanto a institucionalização como a hospitalização da loucura pelo discurso psiquiátrico, construindo estratégias de luta, de desinstitucionalização e desospitalização, pois o que aparece no jogo dos silêncios é a própria potência da produção de morte operada pela institucionalização nos hospícios brasileiros.

Nessa série de registros pesquisados, o silêncio choca tanto quanto a constatação dos períodos de internação. Entre eles, encontra-se um homem, internado aos 61 anos de idade no maior hospital psiquiátrico gaúcho. Lá, ele permanece por 32 anos quando é encaminhado para um Serviço Residencial Terapêutico (FORMULÁRIO de 1 a 84, 2013). Encontramos o registro de outros internos que superam esse tempo de internamento. Um deles sobreviveu a 37 anos de clausura (FORMULÁRIO de 1 a 84, 2013). Outro permaneceu internado por 49 anos (FORMULÁRIO de 1 a 84, 2013). Há ainda o registro de uma mulher que atravessou 45 anos de internamento e também foi *transinstitucionalizada* para um Serviço Residencial Terapêutico (FORMULÁRIO de 1 a 84, 2013). Aqui, a eloquência das descrições psicopatológicas é silenciada. Também as prescrições estão ausentes. Porém registra-se o tempo de internamento. Nesses casos, a prevalência do silêncio dá passagem ao reconhecimento. Isso porque muitos destes que poderiam ser apenas pensados como constituídos por meio de uma biografia mais do que precária, por consequência das descrições não realizadas pelos técnicos, são oriundos de um hospital de tratamento e custódia, espaços reservados àqueles que figuram como “loucos perigosos”, “loucos infratores” ou “infratores loucos” (SILVA, 2003).

Como consequência, sair de um espaço em que o tratamento e a penalidade se sobrepõem torna-se possível sob a forma das *transinstitucionalizações* para os Serviços Residenciais Terapêuticos e da inscrição daqueles como *beneficiários* do Programa de Volta para a Casa. É possível dizer que, justamente nos casos em que a fala não pode marcar o que falta, ocorre a prevalência do direito. No lugar em que se poderia apenas falar em uma biografia mais do que precária ou em vida nua, o que aparece é a inscrição de sujeitos no campo de reconhecimento de direitos pelo tempo de permanência em um estabelecimento psiquiátrico.

Assim, em meio a tantas contradições que atravessam e constituem a relação entre cidadania e alienação mental ou entre a cidadania e o campo da saúde mental, a suspensão de direitos inerente à noção de campo e de estado de exceção abre espaço para outros acontecimentos. A percepção de tal torção da história não se efetiva pela escuta de uma fala remetida a um sujeito encarnado. Ao contrário, ocorre quando se dá passagem a um testemunho, sendo este também entendido como “uma potência que adquire realidade mediante uma impotência de dizer e uma impossibilidade que adquire existência mediante uma possibilidade de falar” (AGAMBEN, 2010, p. 147). Se a autoria não nos interessa, ao termos Michel Foucault como um dos intercessores deste estudo, o mesmo não se pode dizer sobre os efeitos dos enunciados, pois, como bem define Agamben (2010, p. 148), “o campo de luta é a subjetividade” ou, como diria Foucault (2010), o que nos interessa é a condução das condutas e o modo como os sujeitos são constituídos por práticas prescritivas que formam uma relação entre sujeitos, mas que também prescrevem formas de relação de si consigo.

Assim, tomamos as descrições sobre Ana e outros enquanto testemunhos por meio dos quais se pode indagar sobre os deslocamentos das práticas que passam da prescrição do trabalho enquanto uma terapêutica para a concessão de renda como um direito e como meio de reabilitação e reinserção social. É tempo de os estrangeiros voltarem para a casa. Desse modo, o que se desdobra da descontinuidade observada entre os enunciados que compõem os documentos do PVC é a necessidade de produzir, senão uma inversão, ao menos um deslocamento dos termos. Assim, a noção de cidadania, cujo exercício deve ser estimulado, como prescreve o Manual do PVC, deve sair do lugar de resultado esperado para ser recolocada como algo a ser interrogado enquanto uma noção que articula um determinado arranjo, no qual a verdade e as instituições são indissociáveis da produção de sujeitos. O que torna possível essa articulação é a aproximação entre o discurso psiquiátrico e do direito, mas no campo da saúde mental. Essas duas linhas, – psiquiatria e direito – na saúde mental, são modificadas, pois o que se produz desse encontro, agora, é justamente a figura do beneficiário.

O beneficiário é o duplo da psiquiatria e do direito em seu deslocamento para a saúde mental. O beneficiário da saúde mental é um sujeito que se

constitui pelos jogos entre psiquiatria e direito, um dobramento que, a partir das reformas na saúde, se torna necessário. O excedente da psiquiatria e do direito, ou seja, aqueles que um dia entraram em hospitais psiquiátricos para desaparecerem, agora precisam sair. A saída está na figura do beneficiário. Ou seja, trata-se de criar condições para a saída, para a desospitalização a partir de enunciados da própria psiquiatria e do direito, operando não mais com a figura do doente mental que deve ser protegido em estabelecimentos psiquiátricos, mas com o cidadão que passa a ser protegido em seus direitos de cidadania: o beneficiário.

Quando se fala em produção de sujeitos, torna-se necessário salientar que, diferentemente de uma Lei que regula um campo, o PVC é situado como um Programa, isto é, um projeto que visa à resolução de uma situação ou problema específico. Em um primeiro momento, a situação evidenciada pode ser facilmente definida como a existência de indivíduos internados em instituições psiquiátricas por período igual ou superior a dois anos. Entretanto menos evidentes são os ingredientes que compõem o modo como se estrutura o Programa, forçando o pensamento a deslocar-se do simples reconhecimento de uma evidência ou de um problema que precisa ser resolvido.

Por meio do PVC, colocam-se, em um mesmo plano, a promoção da cidadania e da autonomia e, da mesma maneira, o tratamento no âmbito da saúde mental junto à concessão de renda. Tratamento, trabalho e direitos; cidadania, autonomia, tratamento e renda: alinhamentos não tão evidentes em um campo geralmente percebido como de assistência à saúde. Se se modifica o lugar que o tratamento ocupa na relação com a cidadania e com os direitos, igualmente pode-se dizer que algo se passa em relação à renda. Assim, torna-se uma questão problemática entender de que maneira o tratamento e a posse da renda deixam de figurar como efeitos do exercício dos direitos para que o tratamento e a renda sejam enunciados como meios para a constituição de sujeitos cidadãos e autônomos. Assim, não se trata aqui de questionar a eficácia ou eficiência do PVC. Trata-se, antes, de interrogar como se articulam diferentes instituições, saberes e práticas que incidem sobre certa população, ao mesmo tempo em que a constituem, produzindo sujeitos ou o que se poderia chamar modos de subjetivação. Esses modos

de subjetivação, em que se articulam regimes de verdade e normativas de comportamento, produzindo certo foco de experiência, encontram na figura do beneficiário o seu efeito.

### **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

O beneficiário permite, no campo da saúde mental, ao discurso psiquiátrico dobrar o transtorno mental, como o qualificava, em um comportamento para a cidadania. Essa figura também permite, no mesmo campo, ao discurso do direito dobrar o incapaz, como qualificava o doente mental, em um comportamento para o acesso a seus direitos fora dos estabelecimentos psiquiátricos. Desse modo, o PVC, como uma estratégia de poder, apoia-se nas articulações entre psiquiatria e direito no campo da saúde mental, em que outros elementos começam a compor o próprio jogo. Cria-se uma espessura que não se trata de uma continuidade de discursos com apenas novas roupagens, tampouco se trata de outra cena. O duplo é fruto de desdobramentos na mesma cena, de novas articulações por causa da entrada e torção de elementos que tornam possível a própria existência do campo da saúde mental. Isso é apontado na medida em que a figura do beneficiário é efeito de um território de lutas. Portanto, não é um termo exterior, mas um duplo do próprio jogo e de seus deslocamentos, ou seja, é uma descontinuidade (FOUCAULT, 2002).

Desse modo, a figura do beneficiário permite, no campo da saúde mental, enunciar-se o tratamento dos portadores de transtornos mentais como forma de garantia de direitos, ao mesmo tempo em que se pressupõe a produção da autonomia e da cidadania. O PVC entrará como uma tecnologia de poder em que é possível associar estes distintos elementos que outra faziam com que o sujeito com transtorno mental fosse hospitalizado. O PVC permite pensar nossa atualidade, seguindo alguns traços da história e alguns dos traços deixados, especialmente, quando o tratamento como direito está em vias de ser vinculado, contraditoriamente, à compulsoriedade das internações. Essa reflexão nos leva a considerar que a emergência da noção de cidadania no campo da saúde mental atrela-se à constituição dos sujeitos usuários dos serviços de saúde mental e, sobretudo, à figura do

beneficiário, produzindo modificações em relação ao modo como os sujeitos são produzidos e posicionados.

## REFERÊNCIAS

AGAMBEN, G. **Homo Sacer**: o poder soberano e a vida nua I. Belo Horizonte: UFMG, 2007.

AGAMBEN, G. **O que resta de Auschwitz**: o arquivo e a testemunha. São Paulo: Boitempo, 2010.

AGAMBEN, G. **Estado de exceção**. São Paulo: Boitempo, 2011.

ARBEX, D. **Holocausto brasileiro**: genocídio: 60 mil mortos no maior hospício do Brasil. 9. ed. São Paulo: Geração, 2013.

AMARANTE, P. **Loucos pela vida**: a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1992.

BIRMAN, J. A cidadania tresloucada. In: BEZERRA JÚNIOR, B.; AMARANTE, P. **Psiquiatria sem hospício**: contribuições ao estudo da reforma psiquiátrica. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 71-90.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1967**. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constitui%C3%A7%C3%A3o67.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constitui%C3%A7%C3%A3o67.htm)>. Acesso em: 01 dez. 2013.

BRASIL. **Manual do Programa de Volta para Casa**. Brasília, DF: [s. n.], 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde: Lei nº 10.216. **Dispõe sobre a proteção e os direitos das pessoas portadoras de transtornos mentais e redireciona o modelo assistencial em saúde mental.** Brasília, DF, 2001. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/leis\\_2001/l10216.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/leis_2001/l10216.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde: Lei nº 10.708. **Institui o auxílio-reabilitação psicossocial para pacientes acometidos de transtornos mentais egressos de internações.** Brasília, DF, 2003. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/2003/L10.708.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/2003/L10.708.htm)>. Acesso em: 13 dez. 2017.

CASTEL, R. **As metamorfoses da questão social.** Petropólis: Vozes, 2003.

FIRMINO, H. **Nos porões da loucura:** reportagem. Rio de Janeiro: Codecri, 1982.

FOUCAULT, M. **Os anormais.** São Paulo: Martins Fontes, 2002.

FOUCAULT, M. **O governo de si e dos outros.** São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FORMULÁRIO 01 a 84. **Formulário baseado no Instrumento de Avaliação do Beneficiário do Programa de Volta para a Casa.** Brasília: [s. n.], 2013. Adequar essa referência (Autor? Site?)

NUNES, K. G. **De loucos perigosos a usuários cidadãos:** sobre a produção de sujeitos no contexto das políticas públicas de saúde mental. 2013. 195 f. Tese (Doutorado)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Salud mental:** un estado de bienestar. 2013. Disponível em: <[http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)>. Acesso em: 17 nov. 2016.

PINTO, C. R. J. Foucault e as constituições brasileiras: quando a lepra e a peste se encontram com os nossos excluídos. **Educação & Realidade**, v. 24, n. 2, p. 33-57, 1999.



PINTO, C. R. J. **Teorias da democracia:** diferenças e identidades na contemporaneidade. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.

SILVA, M. L. da. Direito e medicina no processo de invenção do anormal no Brasil. In: SILVA, M. L. da. **História, medicina e sociedade no Brasil.** Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2003. p. 13-64.

SILVEIRA, R. D. **Cidadania do louco:** da utopia à possibilidade. 2000. Dissertação (Mestrado)–Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2000.



# **CAPÍTULO 7**

**A POLÍTICA DE SAÚDE DO  
ENVELHECIMENTO ATIVO:  
A CONSTRUÇÃO DE UM “NOVO  
PARADIGMA” PARA UMA  
SOCIEDADE QUE ENVELHECE**

**FRANCIS MORAES DE ALMEIDA  
MONALISA DIAS DE SIQUEIRA**

## INTRODUÇÃO

As políticas compõem a organização da sociedade, tendo em vista que elas estão em todas as áreas da vida e colaboram no modo como os indivíduos constroem a si mesmos, suas condutas e suas relações sociais. No entanto, é preciso compreender que elas são construções sociais que vão se transformando em consonância com as mudanças e as dinâmicas próprias da sociedade. Nesse sentido, o objetivo, neste capítulo, é discutir a emergência da política de saúde intitulada Envelhecimento Ativo, voltada à população idosa.

Ao longo do texto, apresentaremos a constituição e a organização do sistema de saúde brasileiro a partir dos preceitos liberais<sup>1</sup>, bem como das diretrizes e orientações propostas em nível nacional e internacional. Com isso, chamamos atenção para as formas como tais políticas operam sobre a população idosa, construindo sujeitos responsáveis por envelhecer de um modo ativo e saudável. Além disso, buscamos compreender como as políticas de saúde produzem sujeitos e modos de envelhecer, ao mesmo tempo em que são produzidas por eles. Concebemos que é a partir desse contexto mais amplo que se pode compreender a emergência da política de promoção de saúde e da política do Envelhecimento Ativo.

Como as políticas de saúde situam-se num contexto histórico, social, político e econômico mais amplo, torna-se relevante chamar atenção para a constituição histórica dessas políticas, destacando algumas das condições de possibilidade (FOUCAULT, 2002a) que determinaram o atual regime de práticas de governo (DEAN, 1999) do envelhecimento. Em outras palavras, acreditamos que retomar o caminho das políticas de saúde,

---

<sup>1</sup> Após os anos de 1980, em especial com o Governo Reagan (EUA) e o Governo Thatcher (Reino Unido), se popularizou o termo “neoliberal” para designar os ideais e práticas político-econômicas. Contudo, os preceitos que orientam o “neoliberalismo” não diferem substancialmente dos preceitos do “liberalismo clássico”, a saber: o livre comércio, as liberdades individuais, a democracia, a propriedade privada, a autodeterminação nacional, o estado mínimo e, conseqüentemente, a diminuição de custos com os serviços assistenciais (MINOGUE, 1996). Sendo assim, apesar de compreender que ocorreram algumas mudanças conceituais ao longo dos anos e da possível influência das particularidades econômicas, políticas e sociais dos países no modo como as práticas liberais/neoliberais se desenvolvem, utilizaremos os termos “liberalismo” e “liberal”.

em especial daquelas voltadas às pessoas maiores de 60 anos, possibilita compreender como elas chegaram a ser como são e seus desdobramentos no cotidiano dos atuais “idosos”.

Na tentativa de lançar um olhar histórico específico, partimos da proposta genealógica de Foucault (2000). Não se trata de realizar uma genealogia das políticas de saúde brasileiras, mas de destacar episódios políticos de diferentes décadas que contribuem para pensar a emergência de determinadas práticas governamentais, conceitos, relações entre instituições e sujeitos, dos sujeitos consigo mesmos e com a sociedade, no tocante às questões do envelhecimento.

### **DO NASCIMENTO DA PREVIDÊNCIA SOCIAL À CONSTITUIÇÃO DA CATEGORIA “IDOSO”**

A inclusão da população acima de 60 anos no campo legislativo brasileiro teve início a partir de iniciativas que pautavam a garantia de renda para os trabalhadores. Desde o fim do século XIX, uma série de iniciativas legais pautou a progressiva regulamentação das relações sociais envolvendo o envelhecimento, embora previsões legais relacionadas a aposentadoria e seguridade social só tenham surgido a partir da década de 1920, culminando com a promulgação de leis trabalhistas que tratavam das aposentadorias (por velhice, tempo de serviço, invalidez), o auxílio-doença e as pensões<sup>2</sup>. Assim, em 1923, foram instituídas as Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs)<sup>3</sup> e o Conselho Nacional do Trabalho<sup>4</sup> e, em 1934, foi criada a Justiça do Trabalho, para citar alguns exemplos.

Com as mudanças econômicas e políticas do governo Vargas (1930-1945), a gestão da Previdência Social passa a ser exercida pelo Estado e são criados os Institutos de Aposentadorias e Pensões (IAPs). No início da década de 1960, as discussões sobre a Previdência foram retomadas e

<sup>2</sup> Para uma discussão aprofundada sobre a legislação que se refere aos trabalhadores entre as décadas de 20 e 70, ver Haddad (1986), Hochman (2000) e Simões (2000).

<sup>3</sup> Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. As Caixas de Aposentadorias e Pensões (CAPs) eram organizadas coletivamente em empresas e fábricas por iniciativas dos trabalhadores com o objetivo de atender às demandas de saúde e ao amparo previdenciário dos operários.

<sup>4</sup> Lei nº 16.027, de 30 de abril de 1923.

criou-se a Lei Orgânica da Previdência Social (LOPS)<sup>5</sup>, que unificou a legislação referente aos Institutos de Aposentadorias e Pensões. No mesmo ano, foram aprovados o Regimento Geral da Previdência Social<sup>6</sup> e a lei que dispôs sobre a contagem do tempo de serviço prestado à União, às autarquias e às sociedades de economia mista, para efeito de aposentadoria<sup>7</sup>. Em 1963, o trabalhador rural passou a ter benefícios, a partir da lei que criou o Fundo de Assistência ao Trabalhador Rural (FUNRURAL)<sup>8</sup>. Houve, ainda, mudanças no Código Eleitoral de 1965<sup>9</sup>, quando o voto se tornou facultativo para pessoas com mais de 70 anos de idade.

É importante destacar que foi a partir dos anos 60 que outros agentes começaram a se interessar pelas questões do envelhecimento. Em especial, grupos ligados à sociedade civil, às associações científicas e à iniciativa privada iniciaram a promoção de ações e contribuíram para a constituição de saberes sobre o tema. Camarano e Pasinato (2004) destacam duas iniciativas que tiveram impacto na formulação das políticas que surgiram nos anos seguintes: a criação da Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia (SBGG) e o trabalho desenvolvido pelo SESC.

A SBGG foi criada em 1961 e tinha entre os seus objetivos “estimular iniciativas e obras sociais de amparo à velhice e cooperar com outras organizações interessadas em atividades educacionais, assistenciais e de pesquisas relacionadas com a Geriatria e Gerontologia” (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 264). A segunda iniciativa foi empreendida pelo SESC, a partir de 1963. O trabalho da instituição, de cunho assistencial, teve início com um pequeno grupo de comerciários na cidade de São Paulo onde formaram grupos com o objetivo de minimizar o desamparo e a solidão na velhice. Antes do trabalho desenvolvido pelo SESC, as instituições que realizavam ações com esse segmento da população focavam apenas no atendimento asilar. Então, de acordo com as autoras, tais ações geraram mudanças na forma de atendimento e influenciaram o modo de pensar as futuras políticas públicas.

<sup>5</sup> Lei nº 3.807, de 26 de agosto de 1960.

<sup>6</sup> Decreto nº 48.959A, de 10 de setembro de 1960.

<sup>7</sup> Lei nº 3.841, de 15 de dezembro de 1960.

<sup>8</sup> Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963.

<sup>9</sup> Lei nº 4.737, de 15 de julho de 1965: Parte Primeira, Introdução.

Em 1974, o presidente Ernesto Geisel criou o Ministério da Previdência e Assistência Social – MPAS<sup>10</sup>, desmembrando-o do Ministério do Trabalho e Previdência Social. Com isso, iniciam-se as discussões a respeito da concessão e manutenção de benefícios, e da prestação de serviços nas áreas da Previdência Social, Assistência Social e Saúde para grupos específicos como trabalhadores urbanos e rurais, velhos e inválidos. Três anos depois, em 1977, é fundado o Sistema Nacional de Previdência e Assistência Social (SINPAS), responsável “pela proposição da política de previdência e assistência médica, farmacêutica e social, bem como pela supervisão dos órgãos que lhe são subordinados e das entidades a ele vinculadas”<sup>11</sup>.

Observamos que até meados da década de 1970 esse segmento da população era descrito nos documentos oficiais (leis e decretos) como “maiores de 60 anos”, “pessoas com mais de 70 anos”, “velhos”, “aposentados e pensionistas” ou constava o termo “velhice” que, de modo geral, englobava todos eles. É a partir das discussões e programas organizados e desenvolvidos pelo SINPAS e as entidades envolvidas que a categoria “idoso” aparece nos documentos e nos programas governamentais.

Um exemplo disso foi a criação do Programa de Assistência ao Idoso (PAI), em 1975. Esse programa foi o primeiro em nível nacional e tinha como objetivo organizar e promover grupos de convivência, em postos do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS) de todo o Brasil, para os idosos previdenciários. Após a reforma da Previdência, em 1977, o Programa de Assistência ao Idoso ficou sob a responsabilidade da Fundação Legião Brasileira de Assistência (LBA) até 1987<sup>12</sup>.

A atuação do Programa acontecia em dois níveis: direto e indireto. A atuação direta se realizava nas instalações da LBA e contava com os técnicos da entidade. Eram centros sociais, postos de distribuição de material e alimentos, núcleos de voluntariado que atendiam os idosos individualmente

<sup>10</sup> Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974.

<sup>11</sup> Lei nº 6.439 – de 1 de setembro de 1977.

<sup>12</sup> Depois de dez anos do Programa sob a responsabilidade da LBA, houve uma reestruturação da entidade, e o Programa de Assistência ao Idoso se transformou em Projeto de Apoio a Pessoa Idosa (PAPI).

ou em grupos. A outra forma de atuação era indireta, a partir da realização de convênios com asilos, pagando uma parte do valor de um determinado número de vagas. Os técnicos da LBA selecionavam os idosos e os encaminhavam aos asilos conveniados, enquanto as assistentes sociais ficavam responsáveis pela supervisão (RODRIGUES, 2001).

O INPS também era responsável pelas internações, sob custódia, de aposentados e pensionistas idosos em instituições. A admissão era concedida após ser considerado o desgaste físico e mental desses indivíduos, a insuficiência de recursos próprios e de familiares para a subsistência, a inexistência ou o abandono da família.

Em 1976, o Ministério da Previdência e Assistência Social, por meio da Secretaria da Assistência Social e tendo como idealizador e coordenador um gerontólogo, organizou quatro seminários sobre “Estratégias de Política Social para o Idoso no Brasil”. Três eram seminários regionais, que foram realizados em Belo Horizonte, São Paulo e Fortaleza, além de um nacional, realizado em Brasília. O objetivo era buscar “(...) um diagnóstico para a questão da velhice em nosso país e apresentar as linhas básicas de uma política de assistência e promoção social do idoso” (RODRIGUES, 2001, p. 150).

Após esses eventos, foi criado o primeiro documento do governo federal com informações a respeito da situação do idoso no país e com algumas diretrizes para políticas sociais específicas à população idosa. O documento intitulado “Política Social para o Idoso – Diretrizes Básicas”, promulgado em 2002, trazia propostas que visavam à manutenção do idoso na família, revisão dos critérios para concessão de subvenções a entidades asilares, criação de serviços médicos especializados, revisão do sistema previdenciário, formação de recursos humanos, coleta de produção de informações e análises sobre a situação do idoso pelo DATAPREV e IBGE, entre outras (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 265).

É possível observar que, desde as primeiras iniciativas direcionadas à população idosa, o foco voltava-se para o provimento de renda e benefícios para os trabalhadores e assistencial social para os carentes e dependentes. Com o crescimento desse segmento populacional e as questões relacionadas à Seguridade Social, aliado às pressões de outros agentes como a SBGG e o

SESC, vê-se, na década de 1970, mudanças nos modos do governo conduzir a gestão tanto das pessoas como dos recursos. As propostas da “Política Social do Idoso” apontam a necessidade de se conhecer essa população para agir de modo mais eficaz na família, no asilo, nos serviços de saúde ou de previdência.

### **HIGIENISMO, LIBERALISMO E MEDICINA COMUNITÁRIA**

Após a Proclamação da República no Brasil, em 1889, principalmente na primeira década do século XX, começaram a ser implementados alguns serviços de saúde pública em nível nacional. Esse período foi marcado pela prevalência de uma visão higienista, por um modelo assistencial sanitarista e por condições de saúde identificadas basicamente pela presença ou ausência relativa de doenças. A crescente industrialização e modernização dos centros urbanos brasileiros traziam consigo a necessidade de ações coletivas e campanhas estatais de controle das doenças de massa que assolavam a população<sup>13</sup>.

A partir da década de 20, além das ações das instituições filantrópicas e das práticas sanitaristas promovidas pelo Estado, a assistência à saúde passa a fazer parte das reivindicações dos trabalhadores, sendo oferecida àqueles que contribuíam com a Previdência Social, como vimos anteriormente. O modelo “médico assistencial privatista” teve influência da medicina liberal<sup>14</sup> e trouxe algumas mudanças nas concepções de assistência médica. “O importante já não era sanear os espaços, mas cuidar dos corpos dos trabalhadores, mantendo sua capacidade produtiva. Expandiu-se a partir da

---

<sup>13</sup> No Rio de Janeiro, por exemplo, houve uma alta mortalidade causada por moléstias infecto-contagiosas, como Febre Amarela, Varíola, Peste, Sarampo, Escarlatina, Difteria, Impaludismo, Tifo, Disenteria, Beribéri, Hanseníase (Lepra), Tuberculose, Coqueluche e Gripe, o que exigiu uma forte ação saneadora da Liga do Saneamento, resultando em eventos marcantes como a Revolta da Vacina em 1904. Para aprofundamento sobre o período da Primeira República e a Revolta da Vacina, ver Carvalho (1987) e Sevcenko (2010).

<sup>14</sup> De acordo com Nogueira (1991, p. 122), a característica da Medicina Liberal é a “subordinação do conjunto das suas atividades ao esquema de reprodução mercantil simples que marca a relação de compra e venda de consultas”. O médico liberal pode visitar pacientes em seus domicílios, medicar nas enfermarias de hospitais filantrópicos, exercer a docência, mas, sobretudo, ele atende seus pacientes em consultório privado.



década de 40 dando início à compra de serviços privados” (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004, p. 5).

Tendo como base as formulações sanitaristas, o Estado amplia a rede de serviços de caráter ambulatorial entre os anos de 1945 e 1960. As ações desenvolvidas pelas Unidades Sanitárias vão se constituindo como medicina preventiva, partindo do princípio de que a medicina deveria prevenir as doenças mais do que curá-las. De acordo com Aciole (2006, p. 155), a adoção do ideário da medicina preventiva foi fortemente influenciada pelo modelo liberal, tendo em vista que as questões de saúde seriam solucionadas pelos médicos, mas parte do sucesso era atribuído à adesão dos pacientes, “a quem resta a opção da liberdade de escolha”.

Desse modo, estabelece-se entre os agentes uma relação de cooperação com a saúde pública, ou seja, os problemas de saúde deveriam ser solucionados por meio da participação do Estado e do indivíduo. Difunde-se uma medicina familiar, comunitária e, apenas posteriormente, hospitalar, cuja operacionalização ocorre nas formas de visitas domiciliares, com instituições de saúde pública, órgãos de saneamento, entre outros.

Na década de 50, a Organização Mundial de Saúde (OMS) expõe suas preocupações com as disparidades sociais existentes entre países desenvolvidos e subdesenvolvidos, bem como para os problemas de saúde das populações mais pobres. Constatou que, apesar dos esforços empreendidos em campanhas especializadas para controle dos agravos à saúde, elas teriam resultados temporários caso não fossem acompanhadas de serviços permanentes de saúde para o controle, a prevenção, a promoção e a manutenção da saúde.

Diante dessa constatação, a OMS define “os serviços básicos de saúde” na Assembleia de Saúde de 1953, nos quais constavam as seguintes atividades: atenção à saúde da mulher e da criança; controle de doenças transmissíveis; saneamento ambiental; manutenção de sistemas de informação; educação em saúde; enfermagem de saúde pública; assistência médica de baixo grau de complexidade. É importante destacar que os serviços básicos de saúde propostos pela OMS seguiam os moldes da medicina preventiva,

movimento que já havia ganhado força nos Estados Unidos e em países da Europa, como França e Suécia (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998).

Nos anos 60, as mobilizações populares e intelectuais em torno das questões sociais, como os Direitos Humanos, a Guerra do Vietnã, o racismo, a pobreza, se intensificaram, especialmente nos Estados Unidos (MERHY; MALTA; SANTOS, 2004). Nesse contexto, tendo como principal influência a Medicina Comunitária norte-americana<sup>15</sup>, iniciou-se a organização do movimento da Saúde Comunitária ou da Medicina Geral Comunitária, com programas implantados também na América Latina, principalmente no Brasil, na Colômbia e no Chile. A proposta recuperou parte do discurso da medicina preventiva, tendo como objetivos efetuar ações de prevenção, educação em saúde e prestar cuidados básicos de saúde de populações geograficamente delimitadas.

A Medicina Geral Comunitária<sup>16</sup> tinha como características a regionalização, a hierarquização dos serviços, a introdução de outras categorias profissionais na assistência, as ações preventivas e curativas como serviços básicos e que precisavam ser oferecidos de modo universal. Outra característica dessa proposta era a preocupação com a saúde da população local e, com isso, buscava-se conhecer a realidade social, econômica e cultural da comunidade. Também fazia parte desse ideário integrar as equipes de saúde por meio da identificação e da cooperação de agentes locais, como as lideranças comunitárias. Nesse sentido, a participação da chamada comunidade era uma atividade incentivada e almejada na tentativa de envolver os

---

<sup>15</sup> Merhy, Malta e Santos (2004, p. 6) explicitam que a influência norte-americana na Saúde Comunitária se deu a partir dos chamados centros comunitários de saúde. Do mesmo modo, Paim e Almeida Filho (1998, p. 304) contextualizam o movimento da Saúde Comunitária nos Estados Unidos e enfatizam que, apesar de a proposta ter sido pioneira nesse país, ela foi parcial, temporária e não se efetivou no âmbito da saúde pública.

<sup>16</sup> A Medicina Geral e Comunitária, como especialidade médica, teve início no Brasil em 1976, a partir de dois programas de Residência Médica que buscavam formar “médicos gerais comunitários” especializados em cuidados primários em saúde. Um dos programas pioneiros foi desenvolvido na Unidade Sanitária Murialdo, em Porto Alegre, vinculada à Secretaria de Saúde e Meio Ambiente do Estado do Rio Grande do Sul; e outro, chamado Projeto Vitória, vinculado à Universidade Federal de Pernambuco (Oliveira, 1998). Para o aprofundamento do processo de constituição da Medicina Geral e Comunitária no Brasil, ver Sól (2011).

indivíduos na solução de seus problemas de saúde. A participação comunitária foi endossada pela OMS, em 1963, quando a organização fez uma revisão da definição dos serviços básicos de saúde e a incluiu.

É possível perceber que o modelo liberal influenciou a organização do Sistema de Saúde desde as primeiras iniciativas estatais ou de grupos específicos. O “modelo assistencial privatista”, iniciado na década de 20, serviu como base para a organização e oferta da atenção médica suplementar (planos de saúde coletivos e individuais, empresariais ou não) que cresceu significativamente nas últimas décadas. A medicina preventiva incluiu a noção de cooperação dos pacientes na solução dos problemas de saúde, no sentido de que eles deveriam aprender sobre higiene e seguir as orientações médicas e sanitárias para que as doenças fossem prevenidas e não apenas curadas.

Nesse contexto, a OMS realiza, em 1977, a 30ª Assembleia Mundial de Saúde e lança o acordo político intitulado “Saúde para Todos no Ano 2000” (SPT – 2000), no qual assume uma política de saúde que privilegiava os serviços básicos de saúde com base em sistemas simplificados de assistência (PAIM; ALMEIDA FILHO, 1998). No ano seguinte, em 1978, a OMS e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) organizam a primeira Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, em Alma-Ata – URSS. Nessa conferência, foi elaborada a Declaração de Alma-Ata, que reafirmava a saúde como um direito humano fundamental, sob a responsabilidade política dos governos, mas também que era “direito e dever dos povos participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados de saúde” (OMS/UNICEF, 1979, p. 2). Instituiu, ainda, a Atenção Primária à Saúde como estratégia de operacionalização das metas da SPT – 2000. De acordo com o documento, uma das principais metas sociais era que todos os povos do mundo atingissem, até o ano 2000, um nível de saúde que lhes permitisse levar uma vida social e economicamente produtiva.

A articulação entre saúde, condições de vida, ambiente, estilo de vida, responsabilização estatal, participação comunitária fomentou o desenvolvimento do conceito de promoção de saúde como um campo conceitual e de práticas que questionava a abordagem exclusivamente médica para a

assistência à saúde. Além disso, apresentava-se como uma estratégia para enfrentar os diversos problemas de saúde pública e as limitações econômicas de um Estado provedor dos custos da assistência médica (BUSS, 2000; FREITAS, 2009).

Esse debate sobre a promoção de saúde emergiu com o relatório Lalonde, elaborado, em 1974, pelo Ministério da Saúde do Canadá (LALONDE, 1981). A busca de uma racionalidade econômica, bem como de uma proposta de organização dos serviços de saúde em nível global, marcou sua elaboração. O relatório definia que o campo da saúde era composto por quatro determinantes: a biologia humana, o ambiente (natural e social), o estilo de vida e a organização da assistência à saúde. Esses quatro elementos foram identificados por meio das causas e fatores subjacentes das doenças e mortes entre os canadenses.

Contudo as maiores causas de morbidade e mortalidade estavam ligadas aos três primeiros elementos, e o relatório priorizou suas ações de intervenção sobre o estilo de vida (*lifestyle*) dos indivíduos. Nesse sentido, o relatório advertia que as decisões pessoais e hábitos ruins poderiam criar riscos autoimpostos, e quando esses riscos, por sua vez, resultavam em adoecimento ou morte, poderia dizer-se que o estilo de vida da vítima contribuiu ou causou a sua própria doença ou morte (LALONDE, 1981, p. 32). A publicação do relatório Lalonde enfatizou o desenvolvimento de práticas autodisciplinares e uma autovigilância, tendo em vista que gerou ações de saúde centradas na mudança de estilos de vida (FERREIRA NETO *et al.*, 2009).

A I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1986 pela OMS e pela Associação Canadense de Saúde Pública, trouxe a público a Carta de Ottawa, documento que se tornou referência para a proposta de promoção da saúde em todo o mundo. A proposta reconhecia a importância do contexto social na determinação do processo saúde-doença e, também, que os estilos de vida estavam diretamente relacionados com o pertencimento a uma determinada classe social. Assim, propunha associar um conjunto de valores como qualidade de vida, saúde, solidariedade, equidade, democracia, cidadania, desenvolvimento, participação, entre outros.

Do mesmo modo, trazia uma combinação de estratégias baseadas na ideia de responsabilização múltipla, que envolvia ações do Estado “construindo políticas públicas saudáveis”, de diversos setores da sociedade “criando ambientes favoráveis”, da comunidade “reforçando a ação comunitária”, dos indivíduos “desenvolvendo habilidades pessoais”, do sistema de saúde por meio da “reorientação dos serviços de saúde” (BRASIL, 2002).

A Carta de Ottawa surgiu em decorrência das expectativas de saúde pública de países como Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental, mas estendiam a necessidade de pensar tais questões e elaborar estratégias para os demais países. Assim, a partir da Conferência e da Carta de Ottawa, outras conferências foram realizadas e outros documentos divulgados no final dos anos 80, durante a década de 1990 e 2000. O documento que se tornou referência para a promoção de saúde na América Latina foi a Declaração de Bogotá, elaborada na Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde de Bogotá, em 1992. Organizada pelo Ministério da Saúde da Colômbia e pela Organização Pan-Americana da Saúde (2005) (OPAS), essa conferência propôs discutir a promoção de saúde em contextos marcados por intensas desigualdades, pobreza, crises econômicas e políticas, más condições de vida da população.

Assim, o conceito de promoção de saúde vem sendo debatido e faz parte das políticas de saúde brasileiras há quase três décadas. De acordo com Buss (2000), o que caracteriza o conceito moderno de promoção de saúde:

(...) é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, (...) sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas

ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (*empowerment*) da capacidade dos indivíduos e das comunidades (BUSS, 2000, p. 167).

Apesar das críticas ao relatório Lalonde, a política de promoção de saúde seguiu dando enfoque a conceitos como “estilo de vida” e “qualidade de vida” e estabelecendo determinadas condutas e hábitos (de higiene, alimentação, educação etc.) além das moralidades que são, em geral, universalizantes.

As políticas públicas voltadas para a população idosa, em especial a política de saúde denominada Envelhecimento Ativo, segue as orientações da promoção de saúde, incluindo a responsabilização do indivíduo pelo seu bem-estar físico, psicológico e social, redução de doenças, produtividade e participação social e, principalmente, prolongamento da vida. Não de qualquer vida, mas de uma vida ativa e saudável.

## **O ENVELHECIMENTO NA PAUTA POLÍTICA NACIONAL E INTERNACIONAL**

A elaboração e promulgação de leis e, conseqüentemente, de diretrizes para orientar as políticas públicas de saúde dos idosos tiveram influência do debate internacional. A preocupação com os direitos fundamentais e com o envelhecimento mundial promoveu um debate entre as organizações internacionais e seus países signatários, entre eles o Brasil (ONU, 2003).

A Primeira Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento ocorreu em 1982, em Viena<sup>17</sup>. Essa Assembleia foi considerada o marco para o estabelecimento de uma agenda internacional de políticas públicas para a população idosa, sendo o primeiro fórum global intergovernamental centrado na questão do envelhecimento e que resultou na aprovação do Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento. Até então a questão era tratada de forma marginal pela Organização Internacional do Trabalho (OIT),

<sup>17</sup> Resolução 37/51 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 03 de dezembro de 1982.

pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Organização para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) como parte de suas atividades especializadas (CAMARANO; PASINATO, 2004, p. 254). Posteriormente, em 16 de dezembro de 1991, ocorreu a Assembleia Geral das Nações Unidas, quando foi elaborada a resolução sobre os Princípios das Nações Unidas em favor das Pessoas Idosas<sup>18</sup>.

Na Segunda Assembleia Mundial sobre o Envelhecimento, ocorrida em Madri em 2002, foram aprovados uma nova declaração política e um novo plano de ação “para responder às oportunidades que oferece e aos desafios feitos pelo envelhecimento da população no século XXI e para promover o desenvolvimento de uma sociedade para todas as idades” (ONU, 2003). Diferentemente da Primeira Assembleia, que voltava suas preocupações, em especial, para a situação de bem-estar social dos idosos dos países desenvolvidos<sup>19</sup>, a Segunda Assembleia tinha como objetivo que o Plano de Ação exercesse influência nas políticas e programas dirigidos à população idosa dos países em desenvolvimento.

Tendo em vista a inserção das questões relacionadas ao envelhecimento na pauta política internacional, a categoria “idoso” consolidou-se pelo Estado brasileiro no âmbito das políticas públicas e no reconhecimento dos idosos enquanto sujeitos de direitos. A categoria “idoso” aglutinou esse segmento da população em um único grupo, com base no critério etário (60 anos ou mais), incluindo todas as outras categorias (“aposentados”, “pensionistas”,

<sup>18</sup> Resolução 46/91 da Assembleia Geral das Nações Unidas, de 16 de dezembro de 1991.

<sup>19</sup> De acordo com Camarano e Pasinato (2004, p. 255), ao contextualizarem a Assembleia de Viena, afirmam que “percebia-se a necessidade da ‘construção’ e, principalmente, do reconhecimento de um novo ator social – o idoso – com todas as suas necessidades e especificidades. Parte das recomendações visava promover a independência do idoso e dotá-lo de meios físicos ou financeiros para a sua autonomia. Nesse sentido, o documento apresentava, também, um forte viés de estruturação fundamentado em políticas associadas ao mundo do trabalho. A concepção do idoso traçada no Plano era a de indivíduos independentes financeiramente e, portanto, com poder de compra. As recomendações eram dirigidas, em especial, aos idosos dos países desenvolvidos. Suas necessidades deveriam ser ouvidas, pois agregavam valor à economia e permitiam o desenvolvimento de um novo nicho de mercado. Por outro lado, o Plano também foi fortemente dotado por uma visão da medicalização do processo de envelhecimento”.

“velhos”, “terceira idade”, “melhor idade”, entre outras) que eram vistas, muitas vezes, como antagônicas ou diferentes.

Destacamos a criação e aprovação de três documentos que foram fundamentais para essa consolidação e, conseqüentemente, para as mudanças nas políticas públicas direcionadas para a população que envelhece, quais sejam:

O primeiro documento é a Política Nacional do Idoso (PNI)<sup>20</sup>, promulgada em 1994 e regulamentada em 1996, “que tem por objetivo assegurar direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetiva na sociedade” e reafirmando o direito à saúde nos diversos níveis de atendimento do SUS. O segundo é o Estatuto do Idoso<sup>21</sup>, promulgado em 2003, no qual os indivíduos de 60 anos ou mais passam a fazer parte de uma parcela da população que tem direitos específicos regidos e legitimados por lei estatutária.

Em 1999, três anos após a regulamentação da Política Nacional do Idoso, o Ministério da Saúde considerou a necessidade de o setor dispor de uma política especificamente relacionada à saúde do idoso e aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso<sup>22</sup> (PNSI). Essa política de saúde assume que um dos principais problemas que pode afetar o idoso é a perda da “capacidade funcional”, ou seja, a perda das habilidades físicas e mentais necessárias para realização de “atividades básicas da vida diária” e as “atividades instrumentais da vida diária”<sup>23</sup>. A PNSI tinha como diretrizes centrais: a promoção do envelhecimento saudável; a manutenção da autonomia e da capacidade funcional; a assistência às necessidades de saúde do idoso; a reabilitação da capacidade funcional comprometida; o apoio ao desenvolvimento de cuidados informais.

<sup>20</sup> Lei nº 8.842/94 e Decreto nº 1.948/96.

<sup>21</sup> Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003.

<sup>22</sup> Portaria nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999.

<sup>23</sup> As atividades básicas da vida diária (AVD) consistem em tomar banho, vestir-se, usar o banheiro, transferir-se da cama para a cadeira, ser continente (urinário), alimentar-se com a própria mão etc. As atividades instrumentais de vida diária (AIVD) correspondem a preparar refeições, controlar a própria medicação, fazer compras, controlar o próprio dinheiro, usar o telefone, fazer pequenas tarefas e reparos domésticos e sair de casa sozinho utilizando transporte coletivo.



Em 2006, o Ministério da Saúde fez uma revisão e aprovou a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa<sup>24</sup> (BRASIL, 2006c). Ela determina que os órgãos e entidades responsáveis promovam a elaboração ou a readequação de planos, projetos e atividades na conformidade das diretrizes e responsabilidades nela estabelecidas. A finalidade é recuperar, manter e promover a independência e a autonomia dos idosos, conforme os princípios e diretrizes do SUS.

Nesse mesmo ano, o SUS criou o Pacto pela Saúde 2006<sup>25</sup>, no qual enfatiza as necessidades de saúde da população brasileira. O documento divide-se em três componentes: Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS e Pacto de gestão do SUS. Entre as prioridades do Pacto pela Vida<sup>26</sup>, insere-se a Saúde do Idoso que segue “diretrizes” e “ações estratégicas” específicas (BRASIL, 2006a).

De acordo com o Pacto pela Vida e com a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa, os gestores federais, estaduais e municipais devem propor e executar ações que visem: a promoção do envelhecimento ativo e saudável; a manutenção e recuperação da capacidade funcional; a atenção integral, integrada à saúde da pessoa idosa; o estímulo às ações intersetoriais, visando à integralidade da atenção; a implantação de serviços de atenção domiciliar; o acolhimento preferencial em unidades de saúde, respeitado o critério de risco; o estímulo à participação e fortalecimento do controle social, entre outros.

Em consonância com as ações de promoção de saúde e o envelhecimento da população mundial, a Organização Mundial da Saúde (OMS) elaborou, em 2005, o documento intitulado “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde”<sup>27</sup>. A proposta de envelhecimento ativo propõe ampliar o conceito

<sup>24</sup> Portaria nº 2.528, de 19 de outubro de 2006.

<sup>25</sup> Portaria GM/MS 399/2006.

<sup>26</sup> As prioridades do Pacto pela Vida são: Saúde do Idoso, Câncer de Colo de Útero e Mama, Mortalidade Infantil e Materna, Doenças Emergentes e Endemias, Promoção da Saúde, Atenção Básica à Saúde.

<sup>27</sup> Este documento foi elaborado pela Unidade de Envelhecimento e Curso de Vida da Organização Mundial de Saúde (OMS) inicialmente como uma contribuição para a Segunda Assembleia Mundial das Nações Unidas sobre o Envelhecimento, realizada de 8 a 12 de abril de 2002,

de “envelhecimento saudável” já desenvolvido pela OMS e baseia-se no reconhecimento dos direitos humanos das pessoas velhas e nos princípios de independência, participação, dignidade, assistência e autorrealização determinados pela Organização das Nações Unidas (WHO, 2005).

Com isso, o Envelhecimento Ativo tornou-se o eixo central da política de saúde brasileira. A proposta de envelhecimento ativo e saudável engloba aspectos mais amplos como a integração entre a saúde física, a saúde mental, a independência financeira, a capacidade funcional e o suporte social. É a partir desse contexto que propomos refletir especificamente sobre o Envelhecimento Ativo, buscando aproximações com a “análise da governamentalidade” sugerida por Foucault (1995; 2002b; 2010) e Dean (1999).

### **ENVELHECIMENTO ATIVO: A CONSTRUÇÃO DE UM “NOVO PARADIGMA”**

Entre as organizações internacionais e suas propostas para gerir o envelhecimento da população, pode-se citar a OMS e a política de saúde intitulada “Envelhecimento Ativo: uma Política de Saúde. De acordo com o documento, os governos, as organizações internacionais e a sociedade civil devem implementar políticas públicas e programas que possibilitem a melhoria dos três pilares considerados prioritários para a pessoa idosa: a saúde, a participação e a segurança.

O planejamento estratégico das ações voltadas para esta população passou a ter uma abordagem baseada em direitos. Isso significou uma mudança na forma de planejar as ações, tentando afastar-se do assistencialismo observado em décadas passadas e seguindo em direção a uma política de direitos que conta, também, com a responsabilização dos sujeitos para alcançar sua efetividade.

O “envelhecimento ativo” visa tanto indivíduos como grupos populacionais e se refere a um processo de otimização das oportunidades de saúde, participação e segurança, possibilitando, assim,

---

em Madri, Espanha. Como resultado desta última, foi produzido o Plano de Ação Internacional sobre o Envelhecimento, 2002 (ONU, 2003), já discutido anteriormente.

(...) que as pessoas percebam o seu potencial para o bem-estar físico, social e mental ao longo do curso da vida, e que essas pessoas participem da sociedade de acordo com suas necessidades, desejos e capacidades; ao mesmo tempo, propicia proteção, segurança e cuidados adequados, quando necessários. A palavra “ativo” refere-se à participação contínua nas questões sociais, econômicas, culturais, espirituais e civis, e não somente à capacidade de estar fisicamente ativo ou de fazer parte da força de trabalho. As pessoas mais velhas que se aposentam e aquelas que apresentam alguma doença ou vivem com alguma necessidade especial podem continuar a contribuir ativamente para seus familiares, companheiros, comunidades e países (WHO, 2005, p. 13).

Observa-se que a concretização do projeto de Envelhecimento Ativo pressupõe um conceito ampliado de saúde, levando em conta as questões físicas, mentais e os aspectos sociais não apenas durante a velhice, mas ao longo da vida inteira. No mesmo sentido, para que os indivíduos alcancem as condições favoráveis (e esperadas) no tocante à saúde, à participação e à segurança, é preciso manter a “autonomia” e a “independência”.

É no sentido de estabelecer direitos que a conquista da “autonomia”, da “independência” e, conseqüentemente, da “qualidade de vida” tornam-se as principais metas da política. Nessa lógica, o Envelhecimento Ativo defende a responsabilidade dos mais velhos de manterem-se ativos e saudáveis pelo maior tempo possível, bem como de participarem dos processos políticos e de outros aspectos da vida em comunidade, comprometendo-se com a garantia de seus direitos e assumindo o papel de protagonistas no exercício da cidadania.

O documento apresenta os significados atribuídos aos conceitos de “autonomia”, “independência” e “qualidade de vida”. Os três conceitos são usados de modo recorrente em diferentes esferas e contextos, podendo assumir diversos significados para os agentes envolvidos em cada uma delas, como observei ao longo do trabalho de campo. Contudo cabe ressaltar que

propomos discutir a partir dos próprios conceitos estabelecidos pela política da OMS. Assim, apresentamos a seguir os seus significados, de acordo com o documento:

*Autonomia* é a habilidade de controlar, lidar e tomar decisões pessoais sobre como se deve viver diariamente, de acordo com suas próprias regras e preferências.

*Independência* é, em geral, entendida como a habilidade de executar funções relacionadas à vida diária – isto é, a capacidade de viver independentemente na comunidade com alguma ou nenhuma ajuda de outros.

*Qualidade de vida* é “a percepção que o indivíduo tem de sua posição na vida dentro do contexto de sua cultura e do sistema de valores de onde vive, e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito muito amplo que incorpora de uma maneira complexa a saúde física de uma pessoa, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e sua relação com características proeminentes no ambiente” (OMS, 1994). À medida que um indivíduo envelhece, sua qualidade de vida é fortemente determinada por sua habilidade de manter autonomia e independência (WHO, 2005, p. 14, grifos nossos).

A partir do trecho citado, observa-se que manter tais “habilidades” – como são consideradas a autonomia e a independência pela política – durante o processo de envelhecimento é a meta para alcançar a “qualidade de vida”. O documento sinaliza o caráter amplo e complexo deste último conceito, tendo em vista que ele “incorpora” diversos aspectos em uma mesma pessoa, como sua saúde, seu estado psicológico, seu nível de dependência, suas relações sociais, suas crenças e suas relações com o ambiente. Além disso, a “qualidade de vida” é considerada como uma percepção que o indivíduo tem de si mesmo no mundo, e essa percepção, apesar da dificuldade expressa pela própria OMS em medi-la, é determinada pela habilidade do próprio indivíduo em se manter autônomo e independente.

O documento supracitado enfatiza que todas as partes interessadas (os estados-membros, as organizações não-governamentais, as instituições acadêmicas, o setor privado) precisam esclarecer e popularizar o termo “envelhecimento ativo”. Esse esclarecimento e popularização devem ser feitos “através de diálogo, discussão e debate na arena política, no setor educacional, em fóruns públicos e na mídia, como em programas de rádio e de televisão” (WHO, 2005, p. 55). O objetivo, segundo a política, é avançar no que considera ser “o movimento pelo envelhecimento ativo”.

Esse “movimento” engloba uma série de ações, metas, áreas de conhecimento e agentes nacionais e internacionais que se comprometem com um modo específico de gerir o envelhecimento. Assim, as ações nos chamados três pilares do “envelhecimento ativo” (saúde, participação e segurança) precisam ser apoiadas por atividades que visem desenvolver conhecimento a respeito do tema, as quais incluem avaliação, pesquisa, vigilância e disseminação dos resultados das pesquisas.

Com o intuito de compreender a lógica que orienta a política do Envelhecimento Ativo, suas metas e bases de conhecimento, torna-se importante ressaltar algumas mudanças de orientação pelas quais a OMS passou na década de 90. Nesse sentido, apresentamos um trecho do documento que aborda os aspectos que dizem respeito à lógica mencionada:

Em 1995, ao renomear seu “Programa de Saúde do Idoso” para “Envelhecimento e Saúde”, a OMS sinalizou uma importante mudança de orientação. Em vez de compartimentalizar os idosos, o nome novo abrangeu uma perspectiva de curso de vida: todos estamos envelhecendo e a melhor forma de garantir uma boa saúde para os futuros grupos de pessoas mais velhas é através da prevenção de doenças e promoção da saúde durante a vida. Inversamente, a saúde dos atuais idosos só pode ser completamente entendida se considerarmos os eventos que experienciaram na vida. A meta do Programa de Envelhecimento e Saúde foi desenvolver políticas que assegurem “a obtenção da melhor qualidade de vida

possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível". Para alcançar essa meta, a OMS precisa promover as bases de conhecimento sobre gerontologia e geriatria através de iniciativas de treinamento e de pesquisa. É preciso enfatizar o incentivo a iniciativas interdisciplinares e intersetoriais, principalmente aquelas direcionadas aos países em desenvolvimento, que enfrentam os índices rápidos e sem precedentes da população que está envelhecendo, dentro de um contexto de pobreza predominante e problemas de infraestrutura não solucionados (WHO, 2005, p. 54).

A partir do documento apresentado, destacamos dois pontos que merecem atenção na discussão proposta para este capítulo: o primeiro diz respeito às bases de conhecimento escolhidas para que a meta seja alcançada: a gerontologia e a geriatria; o segundo trata da meta do Programa de Envelhecimento e Saúde.

A gerontologia e a geriatria são os principais campos de saberes que produzem discursos e especialistas para responder aos problemas e demandas da velhice. Segundo Rodrigues, Rauth e Terra (2010), a Gerontologia é a disciplina que estuda o processo de envelhecimento dos seres vivos e está dividida em três grandes ramificações: a Gerontologia Biomédica que "estuda o fenômeno do envelhecimento do ponto de vista molecular e celular, considerando aspectos biológicos, fisiológicos, genéticos e imunológicos" (RODRIGUES; RAUTH; TERRA, 2010, p. 25); a Geriatria, definida como o ramo da Gerontologia e da Medicina Geral que trata os aspectos clínicos, preventivos, terapêuticos, de reabilitação e sociais para a manutenção da saúde das pessoas de idade avançada; e a Gerontologia Social que "compreende os aspectos antropológicos, psicológicos, legais, sociais, ambientais, econômicos, éticos, espirituais e políticos no processo de envelhecimento humano" (RODRIGUES; RAUTH; TERRA, 2010, p. 28).

Assim, as duas disciplinas passaram a pesquisar o processo de envelhecimento, a desenvolver tratamentos específicos e orientar o projeto de otimização do envelhecimento ativo entre os idosos, a sociedade e o próprio

Estado que as legitimou para exercer tais objetivos. Isso significa que o debate, por vezes crítico ou questionador, outras vezes permeado por conceitos já naturalizados, está orientado pelo ponto de vista do discurso que define o modo esperado (e bem-sucedido) de envelhecer. Tal discurso ganha espaço no âmbito acadêmico, a partir da proposta de interdisciplinaridade, como também no âmbito das políticas públicas, tendo em vista que a autoridade das duas disciplinas para gerir os processos de envelhecimento é legitimada pela própria política.

O segundo ponto refere-se à meta do Programa de Envelhecimento e Saúde: “a obtenção da melhor qualidade de vida possível, pelo maior tempo possível e para o maior número de pessoas possível”. Percebe-se que houve uma mudança de perspectiva que, inicialmente, estava voltada para a pessoa idosa e, em seguida, direciona seu foco ao curso de vida. Com isso, a ênfase das ações direciona-se para a prevenção de doenças e promoção de saúde não apenas àqueles que já envelheceram, mas a toda a população ao longo da vida. Isso sugere que o compromisso e a responsabilidade da sociedade e também do indivíduo em manter a sua saúde deve se iniciar o quanto antes.

Desse modo, a constatação de que a população está envelhecendo e que esse processo deve ocorrer com saúde, mantendo a capacidade funcional e a autonomia, permeia as ações das políticas de saúde ao longo do curso de vida, ou seja, desde o pré-natal até a velhice (BRASIL, 2006c). Essa meta pode ser pensada a partir do conceito de biopolítica proposto por Foucault (2011).

Castro (2009), ao analisar os conceitos do referido autor a partir de uma vasta revisão de sua obra, esclarece sobre o conceito de “biopolítica”:

Há que entender por “biopolítica” a maneira pela qual, a partir do século XVIII, se buscou racionalizar os problemas colocados para a prática governamental pelos fenômenos próprios de um conjunto de viventes enquanto população: saúde, higiene, natalidade, raça. Essa nova forma de poder se ocupará, então: 1) Da proporção de nascimentos, de óbitos, das taxas de reprodução, da fecundidade da população. Em uma palavra,

da demografia. 2) Das enfermidades endêmicas: da natureza, da extensão, da duração, da intensidade das enfermidades reinantes na população; da higiene pública. 3) Da velhice, das enfermidades que deixam o indivíduo fora do mercado de trabalho. Também, então, dos seguros individuais e coletivos, da aposentadoria. 4) Das relações com o meio geográfico, com o clima. O urbanismo e a ecologia (CASTRO, 2009, p. 60).

Nesse sentido, a saúde e a velhice fazem parte dos problemas colocados para a prática governamental e nenhum desses problemas pode estar dissociado do âmbito da racionalidade política, “no interior do qual eles apareceram e adquiriram sua acuidade, a saber, o ‘liberalismo’” (FOUCAULT, 2011, p. 459). De acordo com o autor, o liberalismo não deve ser analisado como uma teoria, uma ideologia, nem deve ser pensado como uma maneira para a “sociedade representar-se”, mas como uma prática, uma “maneira de fazer orientada na direção de objetivos e regulando-se por meio de uma reflexão contínua” (FOUCAULT, 2011, p. 460).

O liberalismo deve ser analisado como princípio e método de racionalização do exercício do governo que, por sua vez, obedece especificamente à regra interna da economia máxima, na qual “a racionalização do exercício do governo visa a maximizar seus efeitos, diminuindo, o máximo possível, o custo (entendido tanto no sentido político quanto no econômico)” (FOUCAULT, 2011, p. 460). O modelo de assistência à saúde proposto aos trabalhadores a partir da década de 20 e, em seguida, as ideias da medicina preventiva incorporadas aos serviços de saúde brasileiros, como tratados no início do artigo, são alguns exemplos da influência do modelo liberal na organização do sistema de saúde.

O “governo”, por sua vez, não diz respeito a uma instituição específica, muito menos ao Estado nacional, mas sim à atividade de gerir a conduta dos indivíduos em um determinado enquadramento. Para o autor, a noção de “governo” estaria ligada à dimensão da prática, ao conjunto de ações sobre ações possíveis. Essa noção de “governo” aponta para dois eixos



norteadores: 1) o governo como uma relação entre os sujeitos e 2) o governo como uma relação consigo mesmo. Com isso, o exercício do poder ou a “arte de governar” consiste em conduzir condutas, como bem resgata Dean (1999). Nas palavras do autor,

(...) a “conduta” é, ao mesmo tempo, o ato de “conduzir” os outros (segundo mecanismos de coerção mais ou menos estritos) e a maneira de se comportar num campo mais ou menos aberto de possibilidades. O exercício do poder consiste em “conduzir condutas” e em ordenar a probabilidade. (...) Governar, nesse sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros. (...) Quando definimos o exercício do poder como um modo de ação sobre a ação dos outros, quando as caracterizamos pelo “governo” dos homens, uns pelos outros – no sentido mais extenso da palavra, incluímos um elemento importante: a liberdade. O poder só se exerce sobre “sujeitos livres”, enquanto “livres” – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidades onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer (FOUCAULT, 1995, p. 243-244).

É fundamental esclarecer que o objetivo do autor não era analisar os fenômenos de poder nem lançar as bases para tal análise. O tema do poder é o modo como Foucault enfrenta o tema do sujeito, de que modo os saberes que pretendem ter acesso ao estatuto de ciências, as práticas que dividem e classificam (louco/são, saudável/doente) constituem formas de subjetivação próprias, por sua vez percebidas como “objetos” científicos, tal como é o corpo envelhecido para a gerontologia. Nessa perspectiva, os sujeitos individuais ou coletivos têm diante de si um campo de possibilidades no qual se constroem como sujeitos, e o poder é exercido justamente na medida em que eles são construídos como tais.

Já a noção de “governamentalidade” corresponde à dimensão da racionalização da prática. Tal noção está em consonância com os eixos da noção de “governo” referida anteriormente e tem seu domínio definido pelo

[...] conjunto constituído pelas instituições, procedimentos, análises e reflexões, cálculos e táticas que permitem exercer essa forma bem específica, bem complexa, de poder, que tem com alvo principal a população, como forma mais importante de saber, a economia política, como instrumento técnico essencial, os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade”, entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não cessou de conduzir, e há muitíssimo tempo, em direção à preeminência desse tipo de saber que se pode chamar de “governo” sobre todos os outros: soberania, disciplina. Isto, por um lado, levou ao desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo e, por outro, ao desenvolvimento de toda uma série de saberes (FOUCAULT, 2010, p. 303).

A economia política surge e se torna o saber imprescindível da governamentalidade com a criação da categoria de “população”. Ela será o alvo principal da gestão governamental sobre a qual vão incidir os programas de intervenções na área de saúde, higiene, alimentação, natalidade, segurança. Um exemplo elucidativo sobre isso é a exposição da constituição dessas políticas na França por Foucault (2002b), bem como a brilhante exposição de Hacking (1990) sobre o papel revolucionário da estatística como instrumento que possibilitou a compreensão matemática da população enquanto categoria política.

Os dispositivos de segurança, compreendidos por Foucault como instrumentos técnicos da governamentalidade, dizem respeito à rede de relações que podem ser estabelecidas entre elementos distintos, como os discursos, as instituições, a arquitetura, os regramentos, as leis, as medidas administrativas, os enunciados científicos, as proposições filosóficas, morais,

filantrópicas, o dito e o não dito. Na arte de governar liberal, a segurança é o princípio de cálculo para a liberdade dos sujeitos, ou seja, a aplicação dos dispositivos de segurança contribui na gestão entre os interesses e liberdades individuais e os interesses de todos (os primeiros não podem constituir perigos ou riscos para os segundos).

O estudo da “governamentalidade” implica a análise das formas de racionalidade, de procedimentos técnicos e de formas de instrumentalização, tendo em vista o encontro entre as técnicas de dominação exercidas sobre os outros e as técnicas de si (ou seja, a relação do sujeito consigo mesmo). Assim, para Foucault (2010), a “arte de governar” relaciona-se, entre outros aspectos, às formas com as quais os governados são encorajados racional e livremente a conduzirem a si mesmos.

Com relação às políticas de saúde atuais, os sujeitos precisam se comprometer a serem parceiros ativos na condução de sua saúde. As informações sobre as ações que favorecem uma melhor “qualidade de vida”, uma “vida saudável”, um “envelhecimento bem-sucedido” são propagados pelos serviços de saúde e pela mídia, assim como os meios (ou condições) para alcançá-los são disponibilizados aos sujeitos.

Exemplo disso são as orientações para o autocuidado que vão se tornando cada vez mais presentes no cotidiano, como as campanhas contra o tabagismo, o sedentarismo, o álcool e outras drogas; a favor do sexo seguro, da alimentação saudável, do meio ambiente, da sustentabilidade, da participação popular, entre outras. Do mesmo modo, aumentam as ofertas para cumprir tais propostas. Assim, cabe a cada um aceitar a responsabilidade de garantir sua própria saúde e bem-estar. As formas de responsabilização não fazem parte especificamente de uma política de Estado, elas são principalmente práticas que incutem no sujeito uma subjetividade própria. Assim, conforme a reflexão de Deborah Lupton, influenciada pelos escritos de Foucault, compreendemos que o envelhecimento ativo é um dos imperativos da saúde vigentes em nossa cultura ocidental; por consequência, a negativa em segui-lo costuma ser considerada um comportamento irresponsável e moralmente reprovável (LUPTON, 1994, 1995).

Em um mesmo sentido, Rose (2013) chama atenção para o fato de que a política, desde muito tempo, tem se preocupado com a vida daqueles que são governados. Contudo destaca que houve mudanças no campo das biopolíticas dos séculos XVIII, XIX e praticamente de todo o século XX para o nosso século atual. Antes, a “política da vida” era uma política da saúde que tinha como foco as taxas de nascimento, de morte, de epidemias, do saneamento e de outros aspectos da vida nas cidades.

De acordo com o autor, busca-se, atualmente, promover uma “política da vida em si mesma” (*politics of life itself*), que não se delimita pelos polos saúde/doença e que não está focada em eliminar patologias com o objetivo de proteger a nação. “Ao contrário, está preocupada com nossas crescentes capacidades de controlar, administrar, projetar, remodelar e modular as próprias capacidades vitais dos seres humanos enquanto criaturas viventes” (ROSE, 2013, p. 16). Na perspectiva da biopolítica contemporânea, característica das democracias liberais, o que está em jogo é ampliar cada vez mais as capacidades de manipular a vitalidade, o desenvolvimento, o metabolismo, os órgãos, o cérebro. É a própria vida que se torna foco do governo. A conquista dessas capacidades de gestão da vida está ligada à “mercadização”, “autonomização” e “responsabilização” e, de acordo com Rose,

em nenhuma parte, elas foram mais eloquentes do que no campo da saúde, onde os pacientes são cada vez mais estimulados a tornarem-se consumidores ativos e responsáveis de serviços médicos e de produtos que vão de drogas medicinais a tecnologias de reprodução e testes genéticos (ROSE, 2013, p. 17).

Tendo em vista os aspectos (mercado, autonomia e responsabilidade) para aumentar as capacidades e, conseqüentemente, prolongar a vida de modo saudável, as políticas de saúde, em seus documentos e programas, buscam oferecer as orientações e os aparatos para que os grupos populacionais envelheçam com “uma saúde melhor”. Nesse sentido, a Organização Mundial de Saúde estabeleceu os chamados fatores determinantes para orientar tanto as ações governamentais como a população idosa, que é o alvo das políticas e programas.

Destacamos dois tipos de fatores determinantes: os “fatores determinantes relacionados aos sistemas de saúde e serviço social” e os “fatores comportamentais determinantes”. Os primeiros dizem respeito à promoção de saúde e prevenção de doenças; aos serviços curativos; à assistência a longo prazo; e aos serviços de saúde mental. Eles incluem as ações dos serviços de saúde, as estratégias de prevenção, os diversos tratamentos médico-terapêutico, o acesso aos medicamentos, entre outros. Os segundos, os fatores comportamentais determinantes, estão ligados ao que a OMS denomina de “adoção de estilos de vida saudáveis” e a “participação ativa no cuidado da própria saúde” (WHO, 2005, p. 22). Eles referem-se ao não uso do tabaco e do álcool; à atividade física; à alimentação saudável; aos cuidados com a saúde oral; ao acesso e uso adequado de medicamentos; à iatrogenia (interação medicamentosa, dosagens inadequadas e reações adversas).

No Brasil, as diretrizes e recomendações do envelhecimento ativo propostas pela OMS, incluindo a adoção de estilos de vida saudável e a participação ativa, foram contempladas em políticas de saúde nacionais como no Pacto em Defesa da Vida (BRASIL, 2006a), no documento intitulado Envelhecimento e Saúde - Cadernos de Atenção Básica, n. 19 (BRASIL, 2006d) e na Política Nacional de Promoção da Saúde – PNPS (BRASIL, 2006b). Neste último, está expresso o desafio a ser enfrentado pelo gestor federal do Sistema Único de Saúde que consiste em:

(...) propor uma política transversal, integrada e interseccional, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde (BRASIL, 2006b, p. 15).

A partir do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde, pode-se notar que ela segue não somente a adoção de estilos de vida saudável e a participação ativa, como também enfoca o compromisso e a corresponsabilidade. Com isso, todos os agentes envolvidos (setores públicos, privados, não-governamentais e a sociedade em geral) tornam-se responsáveis pelos

cuidados com a sua saúde individual e coletiva, visando à “qualidade de vida”, ou seja, manter-se com autonomia e independência pelo máximo tempo possível, como discutido anteriormente.

No documento da OMS, são apontados também alguns desafios inerentes ao envelhecimento individual e populacional que estão colocados em diversos países do mundo, como saúde, mercado de trabalho, emprego e educação. A sugestão da OMS é que as políticas públicas ligadas a essas áreas apoiem o Envelhecimento Ativo e, conseqüentemente, promovam ações que priorizem a saúde, a participação e a segurança, obedecendo à regra da chamada “economia máxima”. Transcrevemos um trecho do documento que, apesar de reconhecidamente longo, torna-se relevante para discussão proposta nesta seção:

Existem boas razões econômicas para se implementar programas e políticas que promovam o envelhecimento ativo, em termos de aumento de participação e redução de custos com cuidados. As pessoas que se mantêm saudáveis conforme envelhecem enfrentam menos problemas para continuar a trabalhar. Atualmente, a tendência para se aposentar cedo em países industrializados é, em grande parte, o resultado de políticas que incentivaram a aposentadoria precoce. Mas, à medida que as populações envelhecem, vai haver mais pressão para que tais políticas públicas mudem – especialmente se mais e mais indivíduos atingirem a 3ª idade gozando de boa saúde, ou seja, ainda aptos para o trabalho. Isso ajudaria a compensar os crescentes custos com pensões e aposentadorias, assim como os custos com assistência médica e social. Em relação aos gastos públicos cada vez maiores com assistência médica, alguns dados disponíveis indicam que a velhice em si não está associada ao aumento das despesas médicas. O que encarece os gastos são as deficiências e a saúde precária – frequentemente associadas à velhice. Se as pessoas

envelhecerem com uma saúde melhor, as despesas médicas, provavelmente, não aumentarão de modo tão rápido. Os legisladores precisam prestar atenção ao panorama completo e considerar a economia alcançada com a queda nas taxas de deficiências. Nos Estados Unidos, por exemplo, tais quedas podem reduzir as despesas médicas em aproximadamente 20% nos próximos 50 anos (Cutler, 2001). Entre 1982 e 1994, nos Estados Unidos, somente a economia com gastos em clínicas de repouso ultrapassou 17 bilhões de dólares (Singer e Manton, 1998). Além disso, se um número maior de pessoas mais velhas saudáveis aumenta sua participação na força de trabalho (seja através de empregos em horário integral ou em meio-expediente), sua contribuição para as receitas públicas também aumenta. Por fim, em geral, é menos dispendioso prevenir a doença do que tratá-la (WHO, 2005, p. 18).

Esse trecho apresenta algumas razões para que as políticas públicas e programas enfoquem a perspectiva do envelhecimento ativo, levando em conta os benefícios advindos de tal política e a diminuição, ao máximo, nos gastos de saúde da população que envelhece. Ao se manterem ativos e saudáveis, os idosos não apenas reduzem os custos de saúde e previdência para o Estado, mas também continuam contribuindo pelo maior tempo possível com o aumento das receitas públicas. A participação, nesse trecho do documento, está diretamente ligada à força de trabalho, mas, de modo geral, a participação dos idosos deve ocorrer em diferentes âmbitos da sociedade.

Os aspectos referentes às diretrizes do Envelhecimento Ativo, em especial a participação ativa dos idosos, fazem parte do “desafio” proposto pela OMS: a criação de um “novo paradigma (...) que perceba os idosos como participantes ativos de uma sociedade com integração de idade, contribuintes ativos e beneficiários do desenvolvimento” (WHO, 2005, p. 44).

Assim, de acordo com o “novo paradigma” os programas e políticas de envelhecimento ativo devem incentivar a responsabilidade individual

com relação ao cuidado consigo mesmo. Isso pode ser feito por meio do planejamento e da preparação para a velhice, a partir de um esforço pessoal de adotar uma postura de práticas saudáveis em todas as fases da vida. Desse modo, se viverá com autonomia, independência e exercendo sua força de trabalho por mais tempo. Além disso, é necessário criar ambientes de apoio e solidariedade entre as gerações, como também uma imagem nova e positiva para a velhice. Essa imagem da velhice, segundo o paradigma proposto pela OMS, deve afastar-se dos estereótipos associados à aposentadoria, à doença e à dependência.

Nessa perspectiva, torna-se interessante pensar os modos de envelhecer que a política do Envelhecimento Ativo produz, na medida em que os idosos aceitam (ou não) tornarem-se sujeitos responsáveis na realização desse projeto.

Por fim, retomamos o conceito de governamentalidade a partir da discussão de Mitchell Dean (1999). O autor toma como base a análise de Foucault sobre o tema e propõe uma operacionalização para o que denomina regime de práticas ou regimes de governo. Para Dean (1999), os regimes de governo dizem respeito às práticas de governo dos outros, assim como define Foucault, incluindo, também, as práticas de governo de si. Tais práticas não são apenas instrumentos para alcançar objetivos sociais, econômicos e políticos; mas, igualmente, meios de resistência a outras formas de governo. Assim, o autor propõe ampliar a definição geral de governo que seria:

(...) qualquer atividade mais ou menos calculada e racional, empreendida por uma multiplicidade de autoridades e agências; que emprega uma variedade de técnicas e formas de saber; que busca moldar e conduzir por meio de desejos, aspirações, interesses e crenças, para definir ou modificar objetivos; e com um conjunto de consequências, efeitos e resultados que são imprevisíveis e diversos (DEAN, 1999, p. 11).



O governo pressupõe a existência de sujeitos livres, e essa liberdade está referida a uma margem de ação e decisão. As práticas moldam a liberdade dos indivíduos e também são moldadas por ela. Nesse sentido, abre-se espaço para a contestação, as resistências e os agenciamentos.

As racionalidades, explicitadas por Foucault e retomadas de modo mais explícito por Dean, implicam saberes, crenças e opiniões, os quais conduzem as práticas tanto governamentais como dos sujeitos. Dean (1999) sistematiza as racionalidades do governo explicitando quatro dimensões que as constituem. São justamente a essas quatro dimensões que pretendo chamar atenção, com o objetivo de aproximar as racionalidades e a sua aplicação num regime de práticas específico. São elas: a dimensão ontológica, que corresponde à substância governada; a ascética, que diz respeito ao trabalho de governo; a deontológica, concernente ao sujeito governável; e a teleológica, referente ao *telos* governamental que responde às razões pelas quais se governa.

Ao refletirmos sobre essas dimensões apontadas pelo autor em relação às questões referentes ao envelhecimento e às políticas de saúde para os idosos, buscamos estabelecer algumas aproximações com o regime de práticas analisadas neste trabalho. Consideramos que a substância governada, aquilo sobre o que se age, seria o próprio envelhecimento e os idosos. Com relação à ascese, ou seja, como se governa essa substância, pode-se pensar nas técnicas de cuidado com a saúde. Os sujeitos são subjetivados constantemente por saberes, crenças e opiniões. No caso da política do Envelhecimento Ativo, ela produz sujeitos saudáveis e ativos e, portanto, determinados modos de envelhecer. Finalmente, surge a dimensão que questiona as razões pelas quais se governa, qual a finalidade do governo. Uma possibilidade de resposta para essa pergunta seria a gestão de uma sociedade que envelhece – percebendo esse prolongamento da vida como uma conquista da sociedade – com a garantia de alguns direitos e, ao mesmo tempo, onerando o mínimo possível o Estado.

## REFERÊNCIAS

- ACIOLE, G. G. **A saúde no Brasil**: cartografias do público e do privado. São Paulo: Hucitec, 2006.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000.
- CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. O Envelhecimento Populacional na Agenda das Políticas Públicas. In: CAMARANO, A. A. (Org.). **Os novos idosos brasileiros**: muito além dos 60?. Rio de Janeiro: IPEA, 2004. p. 253-292.
- CARVALHO, J. M. **Os Bestializados**: o Rio de Janeiro e a República que não foi. São Paulo: Companhia das Letras, 1987
- CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.
- DEAN, M. **Governmentality**: power and rule in modern society. London: SAGE Publications, 1999.
- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. (Org.). **Michel Foucault**: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.
- FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das ciências humanas. 8. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2002a.
- FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade**: curso do Collège de France (1975-1976). São Paulo: Martins Fontes, 2002b.
- FOUCAULT, M. Omnes e Singulatim. In: **Estratégia Poder-Saber**. 2. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010. p. 223-254. (Ditos & Escritos IV).

FOUCAULT, M. Nascimento da Biopolítica. In: **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011. p. 459-467. (Ditos & Escritos VII).

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde Sociedade**. São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

FREITAS, C. M. A Vigilância da Saúde para a Promoção da Saúde. In: CZERESNIA, D.; MACHADO, C. M. (Org.). **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

HACKING, I. **The Taming of Chance**. Cambridge: Cambridge University Press, 1990.

HADDAD, E. G. de M. **A ideologia da velhice**. São Paulo: Cortez, 1986.

HOCHMAN, G. Políticas de Previdência Social no Brasil: gênese, história e possibilidades. In: DEBERT, G. G.; GOLDSTEIN, D. M. (Org.). **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 251-266.

MERHY, E. E.; MALTA, D. C.; SANTOS, F. P. Desafios para os gestores do SUS, hoje: compreender os modelos de assistência à saúde no âmbito da reforma sanitária brasileira e a potência transformadora da gestão. In: FREESE, E. (Org.). **Municípios**: a gestão da mudança em saúde. Recife: UFPE; 2004. p. 45-76.

LALONDE, M. **A new perspective on the health of Canadians**: a working document. Ottawa: Ministry of Health and Welfare, 1981.

LUPTON, D. **Medicine as culture**: illness, disease and the body in western societies. 2. ed. London/Thousand Oaks/New Deli: Sage Publications, 1994.

LUPTON, D. **The imperative of health**: public and the regulated body. London/Thousand Oaks/New Deli: Sage Publications, 1995.

MINOGUE, K. R. Liberalismo. In: OUTHWAIRE, W.; BOTTOMORE, T. (Org.). **Dicionário do pensamento social do século XX**. Rio de Janeiro: Zahar, 1996. p. 420-424.

NOGUEIRA, R. P. Características econômicas da medicina liberal. **Educación Médica y Salud**, v. 25, n. 2, p. 118-125, 1991.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração elaborada pelo Grupo de Trabalho Qualidade de Vida da OMS**. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 1994. Publicado no glossário de Promoção da Saúde da OMS de 1998. OMS/HPR/HEP/98.1.

OLIVEIRA, F. A. **Serviços de saúde e seus usuários: comunicação entre culturas em uma unidade de saúde comunitária**. 1998. 214 f. Dissertação (Mestrado em Antropologia Social)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE/FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (OMS/UNICEF). **Relatório da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde**. Alma-Ata, URSS, 1979.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (ONU). **Plano de ação internacional para o envelhecimento**. Brasília: Secretaria Especial dos Direitos Humanos, 2003. (Série Institucional em Direitos Humanos, v. 1).

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? **Revista de Saúde Pública**, v. 32, n. 4, p. 299-316, 1998.

RODRIGUES, N. da C. Política nacional do idoso: retrospectiva histórica. **Estudos interdisciplinares sobre o envelhecimento**, Porto Alegre, v. 3, p. 149-158, 2001.

RODRIGUES, N. C.; RAUTH, J.; TERRA, N. L. **Gerontologia social para idosos**. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2010.

ROSE, N. **A política da própria vida**. São Paulo: Paulus, 2013.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina**: mentes insanas em corpos rebeldes. São Paulo: Cosac Naify, 2010.

SIMÕES, J. A. Solidariedade em xeque: as mudanças na seguridade social e o movimento de aposentados e pensionistas no Brasil. In: DEBERT, G. G.; GOLDSTEIN, D. M. (Org.). **Políticas do corpo e o curso da vida**. São Paulo: Sumaré, 2000. p. 267-285.

SÓL, N. A. A. **A Medicina Geral Comunitária no Brasil**: uma análise institucional sócio-histórica de sua trajetória enfocando programas específicos. 2011. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva)–Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2011.

WHO - WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Envelhecimento ativo**: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2005.

### REFERÊNCIAS LEGISLATIVAS:

BRASIL. Lei nº 4.682, de 24 de janeiro de 1923. Cria em cada uma das empresas de estradas de ferro existentes no país, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões para os respectivos empregados. **Diário Oficial da União**, 1923.

BRASIL. Lei nº 16.027, de 30 de abril de 1923. Cria o Conselho Nacional do Trabalho. **Diário Oficial da União**, 1923.

BRASIL. Decreto nº 3.807, de 26 de agosto de 1960. Dispõe sobre a Lei Orgânica da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1960.

BRASIL. Decreto nº 48.959A, de 10 de setembro de 1960. Regimento Geral da Previdência Social. **Diário Oficial da União**, 1960 (revogado).

BRASIL. Lei nº 3.841, de 15 de dezembro de 1960. Dispõe sobre a contagem recíproca, para efeito de aposentadoria, do tempo de serviço prestado por funcionários à União, às Autarquias e às Sociedades de Economia Mista. **Diário Oficial da União**, 1960 (revogado).

BRASIL. Lei nº 4.214, de 2 de março de 1963. Dispõe sobre o Estatuto do Trabalhador Rural. **Diário Oficial da União**, 1963.

BRASIL. Lei nº 4.737, de 15 de julho de 1965. Institui o Código Eleitoral. **Diário Oficial da União**, 1965.

BRASIL. Lei nº 6.036, de 1º de maio de 1974. Dispõe sobre a criação, na Presidência da República, do Conselho de Desenvolvimento Econômico e da Secretaria de Planejamento, sobre o desdobramento do Ministério do Trabalho e Previdência Social e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 1974. Lei nº 6.439 – de 1 de setembro de 1977.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 04 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, e dá outras providências. **Brasília**, 1996.

BRASIL. Portaria GM nº 1.395, de 10 de dezembro de 1999. Aprova a Política Nacional de Saúde do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1 de outubro de 2003. Dispõe sobre o Estatuto do Idoso e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. Portaria GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006. Dar divulgação ao Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Portaria GM nº 2.528, de 19 de outubro de 2006. Aprova a Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa – PNSPI. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, DF, 2006c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.



# CAPÍTULO 8

## VIDEOGAMES: DISPOSITIVOS DE SAÚDE MENTAL? <sup>1</sup>

**CARLOS BAUM**  
**CLECI MARASCHIN**

---

<sup>1</sup> Esse texto desenvolve os argumentos anteriormente apresentados em Maraschin (2012). OFICINANDO EM REDE: videogames como dispositivos de saúde apresentado na Undécima Conferencia Iberoamericana en Sistemas, Cibernética e Informática, Orlando, FL.



## INTRODUÇÃO

Entre 2005 e 2010, o projeto *Oficinando em Rede* desenvolveu, em parceria com serviços de saúde mental e de saúde básica da Cidade de Porto Alegre, oficinas com diferentes tecnologias digitais no intuito de investigar novos dispositivos de pesquisa e intervenção nesses campos. Resultados desses trabalhos foram publicados na forma de artigos (DIEHL; MARASCHIN; TITTONI, 2009); (DEMOLY; MARASCHIN; AXT, 2009), de dissertações e teses (DIEHL, 2007; MAURENTE, 2010; TANIKADO, 2010; SPOHR, 2011) e em livros (MARASCHIN; FRANCISCO; DIEHL, 2011; PALOMBINI; MARASCHIN; MOSCHEN, 2012).

O estudo que apresentamos neste capítulo buscou acompanhar a experiência de jogadores, a maioria deles iniciantes em videogames, em oficinas realizadas no Centro Integrado de Atendimento Psicossocial (CIAPS) do Hospital Psiquiátrico São Pedro (HPSP) em Porto Alegre, Brasil. Antes de entrarmos no foco específico do trabalho, apresentamos uma breve contextualização do CIAPS e dos objetivos do Projeto *Oficinando em Rede*. O CIAPS do HPSP tem como principal objetivo prestar atendimento em saúde mental a crianças e adolescentes, dentro dos princípios do SUS (Sistema Único de Saúde) e de acordo com o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Para tal, procura desenvolver formas de avaliação e atendimento integral à criança e ao adolescente, de ambos os sexos, incluindo também seus familiares e estabelecendo rede com os demais serviços da comunidade. As estratégias de intervenção visam desenvolver propostas com abordagens diversificadas, tais como: atendimentos individuais, diferentes modalidades de grupos, oficinas. A intensidade desses atendimentos se dá de acordo com a gravidade das situações avaliadas, que pode variar entre internação, tratamento intensivo (hospital-dia ou turno), semi-intensivo e ambulatorial.

A partir da promulgação da Lei da Reforma Psiquiátrica brasileira, em 2001, surgiu a necessidade de reinvenção dos dispositivos de intervenção em serviços de saúde mental. As oficinas terapêuticas, presentes nos aparelhos de assistência à loucura desde há muito tempo, passaram (e passam) por uma série de reformulações que têm lhes permitido deslocarem-se de um lugar de entretenimento e ocupação do tempo ocioso para um espaço

de expressão e de criação. Nos anos transcorridos desde a implementação da reforma, observa-se que as leis são, sem dúvida, imprescindíveis, mas os serviços e seus trabalhadores necessitam criar, inventar e avaliar outras modalidades de práticas. É na perspectiva de produzir uma interface entre os serviços e a pesquisa acadêmica que se situa o *Oficinando em Rede*. Seu objetivo tem sido criar e pesquisar, aprofundando e articulando, modos de inserção de tecnologias da comunicação e informação – TIC – nos serviços de atenção à saúde mental, bem como avaliar seus efeitos na constituição desses serviços e na direção do trabalho junto aos seus sujeitos (trabalhadores e usuários).

No presente capítulo, discutimos a experiência de crianças e adolescentes que participaram de oficinas tecnológicas em um serviço de saúde mental, com o uso de videogames. Nosso intuito foi o de explorar os videogames como ferramentas para intervenção no campo da saúde mental. As análises de extratos de diários de campo das oficinas de jogos possibilitaram apontar que a experiência de jogar pode oferecer novas condições para a experimentação de si, o que possibilita a instituição de uma função normativa capaz de produzir outras normas de vida e de relação. Os videogames constituem, assim, espaços participativos e de experimentação de si, pois convidam os jogadores a habitar novos contextos de experiência e, portanto, se apresentam como um interessante recurso no campo da saúde mental.

O ponto de partida para a proposição da experiência foi a reiterada demanda dos participantes jovens das oficinas em relação aos videogames (BETTS et al., 2012). Essa demanda causava desconforto nosicineiros e na equipe técnica dos serviços, principalmente por uma série de pressupostos em relação aos jogos e videogames. Entre eles podemos citar a ideia de que os videogames tenderiam ao automatismo, que bloquearia o pensamento; tal suposição acusa os videogames, reconhecidos por sua interatividade, de induzirem seus usuários a uma total passividade. Para Newman (2008), tal crítica não se relaciona diretamente ao conteúdo específico dos jogos, mas com o tempo que tal atividade ocupa sem trazer benefícios aparentes. Outra crítica comum é que o uso dos videogames estabeleceriam certos padrões de conduta extensíveis à vida fora da tela (principalmente a incitação à violência), de que poderiam levar à adição.

Segundo alguns autores, entretanto, o videogame está se transformando em uma crescente área de interesse e pesquisa devido à importância que têm assumido na cultura e na indústria do entretenimento e pelas problematizações que produzem nos campos das novas alfabetizações, da sociabilidade e da educação. Nesse cenário, os videogames desafiam os pesquisadores a desenvolver novas ferramentas analíticas para seu estudo.

Nessa área nascente, um importante campo de estudos chamado “Aprendizado Baseado em Jogos Digitais” (*Digital Game-Based Learning*) procura integrar os objetivos e tecnologias tradicionais da escola com essas tecnologias e desenvolve a relação entre videogames e a aprendizagem de conteúdos e de atitudes. Tais estudos buscam provas e evidências de que o uso de videogames possa trazer ganhos ao ensino e à aprendizagem. Essa direção de pesquisa é também proposta pelo Comitê Nacional de Ciência dos EUA (HILTON; HONEY, 2011).

Por outro lado, a vinculação exclusiva dos videogames à educação formal tem sido questionada por aqueles que defendem uma visão mais abrangente do tema. Com esse propósito, existe a busca de ampliação da concepção de videogames, que passam a ser considerados como uma modalidade de arte, tal como a literatura, e que estariam se transformando em “equipamentos para viver” (GEE, 2007). Eric Zimmerman<sup>1</sup>, por exemplo, propõe estender o conceito de aprendizagem para além de sua significação escolar. Traçando um paralelo entre games e literatura, no campo das artes, o autor propõe que os desenvolvedores de jogos não busquem apenas uma relação literal entre jogos e conteúdos didáticos, mas se inspirem nas artes para abarcar outras dimensões da vida. Segundo sua proposta, tal atitude evitaria que os jogos se tornassem lineares ao priorizar um único modo de solução. Pensar os games como objeto de arte é tomá-los como um mundo de experimentação, no qual as regras estão embutidas nas relações entre os objetos e só podem ser apreendidas por meio de experiências dinâmicas nas quais existem muitas possibilidades de caminhos, de soluções e de expressões (BAUM, 2012). Com isso, os videogames colocam sujeitos em interação com

---

<sup>1</sup>Conforme <<http://www.glsconference.org/2011/program/event/251>> (notas da autora).

sistemas complexos, nos quais os problemas propostos se configuram por uma série de variáveis concorrentes, podendo ter vários modos de solução. Cada estado inicial e conjunto de regras define qual jogo será jogado, mas não define o desenrolar do jogo, pois é a ação do jogador, ou dos jogadores, que dá forma a cada partida. Poderíamos compreender esses sistemas complexos como domínios cognitivos (MATURANA, 2001) que delimitam o conjunto de ações possíveis e as operações de distinção pertinentes, ou seja, quais elementos devem ou não ser levados em consideração e como agir entre eles. Para Maturana (2001), cada domínio cognitivo dispõe de um conjunto de ações ou afirmações que são válidas de acordo com a coerência interna que estabelecem e, com isso, explicam e geram tudo que lhes é próprio. A experiência de jogar, portanto, só pode ser explicada se levarmos em conta os elementos que constituem e modulam esse domínio.

Eric Klopfer (<http://education.mit.edu/>) propõe que os desenvolvedores de games não poderiam perder de vista a sua dimensão ecológica, sua relação com o ambiente e a cultura na qual se inserem, ou seja, a experiência de jogar videogame inclui as redes sociais de interação que se desenvolvem ao redor dos jogos como fóruns, “wikis” *fanpages*. Gee (2007) chama essas redes de espaços de afinidade, nos quais seus usuários interagem a partir de compartilhamento de conteúdos e ações em vez de traços identitários ou laços institucionais, como as tradicionais comunidades costumam se instituir.

Nesses espaços, diferentes grupos criam diferentes modos de participação, cooperação e/ou competição que gradualmente estabilizam as distinções pertinentes e hierarquizam as ações disponíveis, criando uma “leitura” específica do jogo por meio do compartilhamento de experiências. O conceito de espaços de afinidade ajuda a contrapor o esteriótipo do jogador isolado que tem uma experiência individual. Os videogames podem, com isso, ser agenciadores de experiências num plano comum de ação, em que operam como dispositivos com a capacidade de agregação ao produzir compartilhamento.

Inspirados pelas proposições que tomam os videogames como objetos culturais em uma perspectiva ampliada de alfabetização e que os tratam com sistemas complexos, produzindo espaços de experimentação

de si, buscamos pensar os jogos eletrônicos como dispositivos de saúde. Por experiência de si nos games, nos aliamos com Kastrup e Passos (2012) ao referir a uma espécie de autopercepção, de consciência perceptiva, que não deve ser confundida com uma consciência reflexiva ou justificativa. A experiência de si é uma percepção a um plano de virtualidade de si, e não uma atenção ao que está dado, ao que já se sabe de si como identidade ou como *self*, mas a problematizações das formas de ser. Não estamos, portanto, nos referindo a um ego, um eu, mas algo no sujeito, “menor” que as identidades da psicologia clássica, mas que o conecta com o coletivo.

Cabe ressaltar, mais uma vez, que esse conceito não se relaciona com o de autoestima. A autoestima é uma definição psicológica relacionada à forma como o sujeito julga a si mesmo e à opinião que tem sobre si mesmo. Podemos facilmente encontrá-la na bibliografia especializada e nos livros de autoajuda. Quando trabalhamos orientados pelo conceito de autoestima, procuramos reforçar as características identitárias, o que poderíamos chamar de uma camada externa do *self*. O que está em jogo na experiência de si não é o autoconceito, mas autopercepção, de uma consciência perceptiva. Não é como o sujeito julga a si mesmo, mas como ele se percebe. Não se trata de reforçar traços identitários, mas potencializar a virtualidade. Permitir que o sujeito perceba coisas em si que não era capaz de perceber e que, paradoxalmente, estão aquém e além do indivíduo, dentro e fora do sujeito simultaneamente, um plano que é de conexão entre os atores envolvidos, um plano da experiência.

No plano da experiência, as percepções e afecções são da ordem daquilo que pode surpreender, fazer estranhar a si mesmo, fazer questão, sejam elas ideias e/ou emoções. A experiência de si acarreta efeitos na relação consigo, abrindo assim espaços de conexão aos coletivos por meio da desconstrução de crostas identitárias.

Para pesquisar nessa direção, iniciamos uma série de projetos que buscam pensar os games como ferramentas na saúde mental. O que ora apresentamos são algumas análises da interação de crianças e adolescentes com os videogames no transcurso das oficinas tecnológicas em um serviço de saúde mental.

## OFICINA COM GAMES EM UM SERVIÇO DE SAÚDE MENTAL

Tal como referimos anteriormente, as oficinas se tornaram um espaço terapêutico de destaque a partir da reforma psiquiátrica por pressuporem uma posição ativa/criativa dos participantes. A justificativa para seu uso é que as oficinas terapêuticas permitem que o paciente psiquiátrico acesse atividades laborais, artísticas ou comunicativas com o intuito de uma re-inserção social. Tradicionalmente, elas estão vinculadas ao movimento da reabilitação psicossocial (CEDRAZ; DIMENSTEIN, 2005).

Produzindo um deslocamento dessa proposição, optamos pelo uso de oficinas como uma intervenção que coloca em primeiro plano um fazer compartilhado, que desestabiliza a relação tradicional entre saber e fazer, uma vez que o conhecimento técnico – das disciplinas vinculadas à saúde – pode ser colocado entre parênteses, no que se refere às ações desempenhadas na oficina. O que está em evidência é o fazer em conjunto. Toda a oficina é centrada no compartilhar, na ideia de um espaço em comum que permite o encontro dos participantes com um modo de organização específico (ARALDI *et al.*, 2012). Simultaneamente, tomamos a oficina como dispositivo de pesquisa, uma vez que ela nos permite acompanhar uma processualidade que ocorre a partir de uma determinada configuração de elementos que atuam ao mesmo tempo, não nos limitando apenas ao produto final, mas incluindo seu processo de produção. No desdobramento das atividades da oficina, existe uma disposição de materialidades, ideias e sentimentos que podem ser percebidos, propostos e retomados a cada encontro. Os encontros não se definem unicamente pelas características dos objetos materiais que guiam o fazer de cada oficina – no caso, os videogames –, mas também o modo como estão disponibilizados e a maneira como os participantes se dispõem à ação constituem um domínio que se delinea a cada momento.

As materialidades compartilhadas constituem um dos atores desse fazer em comum, ao definir um domínio de experiências, ações e possibilidades desse mesmo compartilhamento. As particularidades de cada objeto são o que conduz o funcionamento da oficina, pois as características de cada suporte vão contribuir com tipos distintos de compartilhamento (ARALDI *et al.*, 2012). No caso de nossas oficinas, o videogame atua como um ator no

processo que convoca um fazer-em-comum, uma vez que os jogadores não são apenas consumidores das informações contidas no jogo, mas ajudam a produzir ou “escrever” seu desenrolar. A tecnologia age, nesse caso, na modulação das possibilidades de criação.

Esse fazer-em-comum permite o estabelecimento e a reconfiguração de conexões entre os participantes no decorrer de uma oficina, reconfigurando também as relações consigo mesmo. Não se trata, mais uma vez, de uma transformação identitária, no sentido de confirmar algo que já era sabido; essas novas conexões operam ampliando o espaço de experimentação de si e do mundo. Quando algum participante está jogando, ele simultaneamente interage com o mundo do jogo e experimenta a si mesmo e habita esse mundo. Experimentando o fluxo de informação que vem do videogame – o som ou as imagens –, ao mesmo tempo percebe-se imerso nele. A atenção circula entre o videogame e uma atenção a si. Ao mesmo tempo em que se concentra no processo de jogar, ele se percebe concentrado no processo de criação, de jogo (BAUM; MARASCHIN, 2013). É como se houvesse dois lados da mesma experiência, uma vez que,

ao mesmo tempo em que estou criando, me experimento criando, eu me percebo criando. E isso cria certa relação consigo, que não é uma relação com o plano identitário, mas com o plano das virtualidades, então eu me vejo fazendo coisas que eu jamais imaginei que fosse fazer (KASTRUP; PASSOS, 2012).

O participante se percebe como parte de um processo e é capaz de se surpreender com algumas coisas que fala, com a coragem que teve de se colocar ou com a ideia que deu e foi aceita e que acabou vindo a compor aquele produto. O videogame, em especial, convoca essa experiência e coloca o jogador em situações inusitadas, que podem ser muito distantes do cotidiano, mas que transformam a percepção de si e a relação com o grupo (BAUM; MARASCHIN, 2013).

Retomando a questão do estudo, denominamos no início do capítulo os participantes de iniciantes, pois, ao serem provenientes de camadas menos

favorecidas, do ponto de vista econômico, têm dificuldades de acesso cotidiano a computadores e jogos, embora todos tenham tido contato com esses equipamentos. As idades dos participantes variaram entre sete e 17 anos. O encaminhamento tem sido feito por serviços de saúde, escolas e juizados.

As oficinas tiveram periodicidade semanal, com duração média de uma hora e trinta minutos. Cada grupo era composto por cinco participantes, que correspondia ao número de computadores disponíveis no laboratório. As oficinas foram acompanhadas por dois ou trêsicineiros, sendo que pelo menos um deles era um técnico do serviço e os outros, participantes do projeto de pesquisa (alunos da graduação ou da pós-graduação). O trabalho não visava somente à interação com jogos eletrônicos, mas propiciava a exploração e uso de diferentes softwares e tecnologias digitais (como fotografia e vídeo). A oficina era estruturada em três momentos: no primeiro deles havia uma conversa sobre a proposta do dia (dar continuidade a um trabalho anterior; criar uma nova produção; trabalhar em grupo ou individualmente). O segundo momento consistia na realização da oficina e, finalmente, o momento final de compartilhamento, no qual os participantes relatavam ao grupo o trabalho desenvolvido, que podia ser publicado no blog da oficina ([www.oficinandoemrede.blogspot.com](http://www.oficinandoemrede.blogspot.com)). A análise que segue foi feita a partir de extratos dos diários de campo dosicineiros que se referiam à interação com os jogos durante o segundo semestre do ano de 2010.

Nas oficinas, era possível evidenciar que, apesar da vibração das crianças e adolescentes, a imersão em uma experiência planejada – o jogo (SQUIRE, 2006) –, significa, em um primeiro momento, criar acoplamentos com esse jogo.

A imersão, ou como a definimos: a efetivação de um acoplamento estrutural (THOMAZ et al., 2005), é resultante de uma operação na qual as ações encontram congruência e sentido nos mundos em que se efetivam. Para Maturana (2001), em vez de representar um mundo independente da ação, os sistemas cognitivos configuram mundos como domínios de distinções, inseparáveis das estruturas de nossa corporeidade sensório-motora, de nossas emoções, linguagem e instituições. Dessa forma, temos tantos espaços imersivos quanto acoplamentos estruturais possamos realizar.



Jogar implica coordenar ações e compartilhar sentidos com o jogo e com os demais participantes, seja para vencer, seja para construir alternativas de existência nesse mundo. O processo de acoplamento demanda treino e afinação, o que faz com que os iniciantes, por vezes, explorem muitos jogos antes da imersão tornar-se efetiva.

Essa exploração, que pode ser interpretada como dificuldade de concentração ou baixa resistência à frustração – aliás, modos de avaliação muito recorrentes quando se trata de usuários de saúde mental –, configura-se como uma experimentação necessária à produção de congruências operacionais e sintonias. Quando se estabelecem coordenações, mesmo que de modo ainda restritivo, existe imersão, e a necessidade de mudar de jogo tende a diminuir. Um exemplo foi Gustavo (oito anos), que, após experimentar alguns jogos, permaneceu mais de trinta minutos jogando um mesmo jogo. Esse jogo demandava comandos muito simples de deslocamentos e não havia desafios fatais ao personagem. Assim, à medida que a coordenação de ação entre jogador e jogo se produz, o jogador experimenta a imersão.

As coordenações foram se estabelecendo de modo gradual, o que permitiu ampliar as pautas interativas com o jogo, como no caso de Ivo (oito anos), que foi se apropriando dos comandos no contexto de um jogo de corrida. Controlava a aceleração, mas foi somente quando coordenou a aceleração com os comandos de direção que conseguiu manter o carro na pista. Ao coordenar aceleração e direção, pôde realizar uma experiência de corrida em um contexto programado, no qual o jogador vai produzindo escolhas e influenciando os resultados no próprio desenrolar da atividade. Guilherme (10 anos), após explorar alguns jogos, escolhe um game de luta com personagens de um desenho infantil. De início, o oficinairo indica para que escolha o nível mais fácil. Tarda para entender as táticas do jogo, mas, logo que domina os comandos, passa a jogar e a vencer. Guilherme decide continuar jogando, escolhendo o nível mais difícil. Nessa condição, demora mais para vencer, perdendo um round da luta. Logo após sua primeira vitória, muda de jogo. Encontra outro jogo de luta com personagens de outro desenho animado. Fica bastante tempo nesse jogo.

O exemplo de Guilherme pode ser interessante para evidenciar que nem sempre a desistência de um jogo se dá por dificuldades de vencê-lo. Ao cotejarmos os dois jogos, percebemos-se que a maior permanência no segundo pode estar associada às características mesmo: nesse último, há a opção de escolha dos personagens (quatro possíveis e mais dois secretos); de descoberta de golpes especiais durante a luta; além disso, a qualidade gráfica é muito melhor que a do primeiro jogo. Dessa forma, podemos constatar que a imersão é uma via de mão dupla, depende da aprendizagem do jogador e também das características do jogo. Existem jogos mais propícios que outros para produzir acoplamento e imersão. Conforme Gee (2007), bons videogames são aqueles em que (1) os jogadores podem ser também autores do jogo; (2) comportam diferentes estilos de jogabilidade; (3) oferecem personagens com habilidades e modos de conduta diferenciados; (4) disponibilizam objetos e espaços virtuais capazes de dar congruência a um mundo; (5) oferecem uma boa seriação dos problemas; (6) oferecem dicas de ajuda na medida da necessidade do jogador; (7) possibilitam um crescimento no desempenho do jogo; (8) propiciam fácil acesso à informação quando os jogadores a necessitam; (9) contêm demonstrações ou tutoriais iniciais; (10) comportam espaços protegidos, nos quais há uma suspensão dos desafios do jogo, podendo o jogador dedicar-se a outras explorações; e (11) consideram as habilidades como estratégias.

Difícilmente as características mencionadas estão todas presentes em um mesmo jogo. Mais difícil ainda quando se trata de jogos eletrônicos disponibilizados gratuitamente pela internet. Entretanto alguns jogos muito simples, que possibilitam um rápido domínio, podem propiciar outras experimentações. Tal é o caso de Douglas. Segue o extrato do diário do oficinairo:

Douglas encontra na internet o jogo “Rally no deserto”. Um jogo simples. O único comando é movimentar o carro. O jogo é em 2D, não havendo curvas nem paradas onde se faça necessário modificar a velocidade ou direção. O menino começava o jogo, acelerava, e ficava observando o carro passando por diversas paisagens no deserto. O jogo tornava-se mais dinâmico quando o

tempo ia passando e o céu escurecendo, dando a impressão de que a noite chegava. Pela estrutura do jogo não era possível saber seu objetivo ou finalidade. Havia um cronômetro no canto da tela, mas como não havia indícios de que existia um final para o trajeto, parecia não haver sentido para a contagem do tempo. O menino jogou durante todo o tempo da oficina, segurando somente um botão e observando o carro andar. Muitas vezes ele nem se preocupava em conferir o andamento do jogo: ficava observando os outros colegas, conversava com outros participantes, sempre segurando o mesmo botão. Parecia que mudança de luminosidade da tela lhe era uma narrativa suficiente de acoplamento ao jogo, ao ajudar produzir a noite e o dia (diário de campo de Daniel, Junho/2010).

A experiência de Douglas possibilita pensar que não existe um bom jogador ou um bom jogo a priori. Mas sim bons encontros na experiência. Imaginar-se no controle do tempo, a partir do movimento de um carro, pode ter efeitos importantes para alguém que poucas vezes é tido como capaz de controlar-se.

Os jogos, inseridos no contexto de uma oficina, podem produzir o compartilhamento da experiência. Um jogo bastante procurado por meninas (e alguns meninos) é o de vestir bonecos com várias opções de vestimentas, cabelo, cor dos olhos. Com dinâmica parecida, há os de mobiliar um quarto, decorar a casa. Geralmente, as crianças que jogam esses jogos conversam durante a 'partida', gostam de mostrar os resultados aos colegas, riem das combinações bizarras ou querem salvar as imagens quando julgam que suas criações ficaram interessantes.

Quando algum dosicineiros acompanha alguma criança jogando esse tipo de jogo, geralmente pode-se conversar bastante, trazer diversos assuntos, e as próprias crianças aceitam conversar, o que é bastante raro

quando jogam jogos de tiros, corrida ou luta (diário de campo de Daniel, setembro/2010).

Como o oficinairo comenta, existem jogos a partir dos quais é possível produzir mais conversa e compartilhamento. Em uma oficina, jogos que propiciam a expressão e a comunicação são importantes. Compartilhar experiências faz com que elas se transformem em narrativas de si, em que esse “si” não representa mais uma experiência isolada, individual, mas uma posição narrativa que pode ser ocupada por outro sujeito. Podemos pensar em uma passagem do pessoal ao impessoal, no sentido de que “minha história poderia ter sido também a sua”. O extrato abaixo evidencia como o fato de estar jogando acompanhado produz compartilhamento e permite atualizar e partilhar uma experiência anterior. Os jogos jogados no contexto de uma oficina podem possibilitar a retomada de experiências na ação fora de um contexto disciplinar ou moral:

Gabriel (14 anos) explorava um jogo no qual dirigia uma moto. Conhecia “as manhas” do jogo, as formas para ultrapassar os obstáculos. Cada nova etapa trazia novos desafios para o “motoqueiro”. Comento com Gabriel: “cara, tu sabe jogar isso!”; Ele sorri e diz: “Eu tive uma moto”; e depois de alguns segundos diz: “mas fumei to-dinha”; “peguei pouca grana, mas deu pra comprar muita pedra”. Gabriel, na sequência, narra essa experiência para o grupo (diário de campo de Debora, agosto/2010.)

Vemos que muitos jogos propiciam retomar habilidades construídas em outras experiências, mas, acima de tudo, conversar, compartilhar vivências anteriores. Esse modo narrativo possibilita uma retomada de si e do mundo, ao endereçar o narrador a outra experiência: a de contar sobre a venda de sua moto, tornando-se, nesse momento, um narrador.

Os extratos até aqui relatados mostram jogos de ação e construção. Mas como pensar os jogos em primeira pessoa? São considerados os mais violentos à disposição nos videogames. Um tipo de jogo bastante procurado pelas crianças é o jogo de tiro em primeira pessoa. Alguns pedem por

*counter-strike*, mas, devido às deficiências técnicas dos computadores, o máximo que conseguiram encontrar foram cópias em flash.

A dinâmica do jogo é mais ou menos a seguinte: a tela vai passando por diversos locais onde aparecem inimigos que devem ser abatidos. Os únicos comandos controlados efetivamente por eles são a mira (movimentos do mouse) e o disparo (clique do mouse). Quando matam todos os inimigos de determinado local, passam para um nível mais difícil. Alguns desses jogos oferecem ferramentas adicionais, como armas melhores, coletes a prova de bala, mais vida (diário de campo de Daniel, setembro/2010).

Jogos desse tipo são os que trazem mais desassossego e desconforto aos técnicos do serviço, uma vez que brincam com a morte e colocam os jogadores como seus protagonistas. É interessante pensar que, como em qualquer outro jogo, existe mais ou menos condição de inserir essa experiência em um contexto ampliado, passível de compartilhamento. Para Squire (2006), o jogo GTA San Andreas, tido como muito violento para um observador externo, pode ser considerado como uma simulação social. Nele, o próprio jogo coloca o jogador na experiência de vida de um jovem negro na periferia de Los Angeles nos anos 1990. Considerando o contexto, as ações ficam a ele referidas, e podemos compartilhar as dificuldades e brechas desse tipo de vida. Mesmo um jogo tido como “inocente”, tal como o de vestir uma boneca virtual, pode também ser objeto de várias contextualizações, como o de estimular certos padrões de consumo ou produzir estratificações de gênero. Assim, nenhum jogo está isento de uma posição narrativa e, portanto, com implicações éticas e políticas. Em nosso caso, as próprias oficinas possibilitam o contexto crítico ampliado para os jogos.

Retomando os jogos de primeira pessoa, caberia precisar que tipo de morte está em jogo nesses games. A morte do personagem/avatar não significa a morte do jogador. Ao contrário, os jogadores necessitam de adversários mais competentes e hábeis para também se desenvolverem no jogo.

É muito comum, em espaços de discussão de certos games, que os experts respondam perguntas muito básicas dos iniciantes, ensinando-lhes modos de progredir nos jogos. Existem vídeos disponíveis na internet nos quais jogadores mais hábeis fazem demonstrações e comentários sobre suas estratégias e ações. Várias vezes, na oficina, os participantes compartilhavam experiências e ensinavam como jogavam. Por vezes, pegavam a própria mão do participante para demonstrar uma jogada.

Outra questão interessante apontada pela literatura (SQUIRE, 2006; SQUIRE; STEINKUEHLER, 2005) e que se evidencia na oficina é que jogos não se constituem como mundos fechados, mas articulam-se a outros contextos, produzindo compartilhamento para além do jogo atual. Mesmo para jogadores iniciantes, como é o caso dos participantes desta experiência, existe a articulação dos jogos com outros softwares, com os colegas de oficina e com as redes sociais dos usuários.

### **JOGOS COMO DISPOSITIVOS DE FAZER SAÚDE**

Os extratos anteriormente analisados permitem estabelecer algumas diretrizes para a continuidade dos estudos que buscam analisar se videogames podem se constituir em dispositivo de trabalho na saúde mental de crianças e adolescentes. Podemos propor que (1) o adoecimento pode ser pensado, tal como propõe Canguilhem (1995), como a perda de capacidade normativa, “a capacidade de instituir outras normas em outras condições” (p. 119), e (2) a experiência de jogar pode modificar essa capacidade e ofertar novas condições. Então os videogames, por suas características, poderiam se constituir uma experimentação de si, ao instituir uma função normativa.

Maturana e Varela nos ajudam a compreender a proposição de Canguilhem ao construírem uma definição de identidade para os seres vivos não mais a partir de características morfológicas mas de sua organização *autopoietica*. Para os autores, a *autopoiese* é a capacidade que cada unidade orgânica tem de produzir seus próprios componentes e reordenar esses componentes numa nova organização, quando sofre perturbações. Nesse sentido, a *autopoiese* é a capacidade de produzir e reagir de todo ser vivo. O que caracteriza um ser vivo não são os seus componentes em particular

nem a soma deles, mas a forma própria de organizá-los devido à sua capacidade *autopoiética*. O ser vivo morre quando perde essa capacidade porque não consegue fazer frente à desordem provinda do meio ao qual está acochado. A capacidade *autopoiética* é também responsável pela biodiversidade, porque significa diferentes maneiras de se organizar em determinado meio.

O humano detém uma organização *autopoiética* mais complexa por ser um ente ao mesmo tempo bio-cultural provido de linguagem e consciência. Assim, a *autopoiese* humana significa uma complexificação da capacidade de reordenar seus componentes em uma nova organização. Saúde implica, portanto, uma manutenção da *autopoiese*; doença, um ataque à organização *autopoiética*; e morte, a perda total dessa capacidade. Nessa linha, saúde não pode ser definida ou caracterizada simplesmente pela presença de componentes (como um vírus, uma baixa recaptção em determinadas sinapses ou baixa autoestima), mas pela capacidade de auto-ordenar esses componentes numa nova organização existencial. No ser humano, a organização *autopoiética* tem uma complexidade que engloba as dimensões corporal, psíquica e social. Ser sadio significa ser reativo e autônomo diante de agentes e situações perturbadoras do equilíbrio existencial. Nesse sentido, sadio é aquela pessoa que consegue de tal maneira integrar na própria vida as perturbações do bem-estar físico, psíquico e social.

Nossa segunda proposição aponta para a constituição de distintas regras de funcionamento. No videogame, o jogador é imerso em um sistema de regras específico do jogo. Esse conjunto de regras pode ser diferente de outros sistemas de regras com os quais ele tem contato em seu cotidiano. Por exemplo, em jogos de tiro em primeira pessoa, ocorre um deslocamento normativo da ação de matar, pois não se trata de aniquilar o adversário, mas sim de vencê-lo. Dessa forma, o que ocorre no videogame não se refere a uma violência contra o outro, mas a um conteúdo narrativo entre personagens no jogo.

As vivências de realizar ações diferentes a partir de conjuntos de regras diferentes possibilitam experiências que se configurariam como experiências de si, pois o jogador se vê fazendo algo que não se imaginava fazendo em outros contextos. Assim, os jogos possibilitam exercícios de instituição de

novas normas em diferentes domínios de experiência, ou seja, exercícios da capacidade normativa por meio do videogame. Essa característica é importante porque o jogador não está apenas aprendendo uma rotina de ações, mas experimentando ações que não experienciaria em outros contextos e, por isso, vivenciando uma nova experiência de si.

Na experiência imersiva passível de ser vivenciada nos videogames, abre-se a possibilidade de experimentações de si e de uma percepção a um plano de virtualidade de si, que se configuram como novas experiências de si em consonância a outras normas vigentes, que não as habituais do cotidiano dos sujeitos.

Nesse sentido, alguns jogos têm características que possibilitam pensar a produção de normatividade, sendo também entendida como produção de saúde. Experiências com jogos que têm proporções incontáveis de combinações de ações permitem possibilidades também incontáveis de instituição de novas percepções de si e, com estas, novas normas de vida e de relação intervêm nos modos de subjetivação dos jogadores.

Um espaço de afinidade possibilita experimentações de si num coletivo que emerge do encontro entre seus participantes, num fórum, num jogo *on-line* ou em encontros presenciais para jogar. Nesse sentido, os videogames possibilitam espaços participativos que estimulam a interação, comunicação e troca de saberes sobre a experiência. Alguns espaços possibilitam muitas formas de participar, estimulando *feedbacks* aos desenvolvedores de jogos, que podem levar a remodelações dos jogos. Assim como há games que já preveem, dentro de sua construção, que os fóruns explicitem modos de modificá-los ("*modding*").

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao pensar os conceitos aqui abordados, no contexto das mídias interativas, acreditamos que a experiência de jogar videogames pode fazer emergir percepções de si de forma a abrirem-se condições de normatividade nos espaços de afinidade em que ocorrem, ou seja, tal como nos referimos anteriormente, se tomarmos como exemplo os jogos em primeira pessoa, podemos dizer que nestes ocorre um deslocamento normativo da ação de



matar. Não se trata de aniquilar o adversário, mas sim de, ao vencê-lo, incorporar sua potência. Não estamos diante da norma jurídica ou penal, mas da norma do aprimoramento das habilidades. Ao derrotado, cabe a busca de aperfeiçoamento para uma nova batalha. Assim, existe uma função normativa de poder ser melhor do que se era e não uma norma jurídico-criminal.

Embora os episódios aqui discutidos tenham advindos de jogadores iniciantes ou casuais, já permitem apontar que algumas características da experiência com videogames em uma oficina poderiam suportar a aposta em sua função normativa. Pela discussão anterior, os videogames parecem colocar os sujeitos em situações inusitadas, nas quais podem tomar as experiências anteriores e ampliá-las, descobrindo outros recursos de si próprios. A experiência do jogo não se configura como uma representação em menor escala do mundo exterior.

Trata-se de uma nova experiência que permite formas de instituir novas percepções de si e, com estas, novas normas de vida e de relação. Os jogos proporcionam uma experiência planejada, e isso nos leva a considerá-los como dispositivos de compartilhamento. Um primeiro compartilhamento se refere às coordenações necessárias com o próprio mundo do jogo. Devido a essas características, um jogo exige acoplamento, ou seja, coordenar ações que considerem a estrutura do jogo para, a partir delas, poder inventar seus próprios percursos. Vimos como as características dos jogos podem possibilitar mais ou menos imersão, de acordo com as possibilidades dos participantes.

Um segundo compartilhamento se faz com uma comunidade ampliada de jogadores que publicizam sua experiência em outros suportes para além do jogo mesmo. Como nossos jogadores são ainda iniciantes, esse compartilhamento ainda fica limitado aos buscadores da internet – como o Google – e à possibilidade de contar sua experiência no próprio grupo da oficina ou publicando-a no blog.

Um terceiro compartilhamento é o de como a cultura dos jogos produz questões relacionadas aos padrões por meio dos quais a educação e a saúde organizam experiências planejadas para o atendimento de crianças e jovens.

No presente caso, os jogos estão inseridos em um formato de oficina, e isso faz com que seu potencial de compartilhamento possa ser ainda mais intensificado. Em uma oficina, há espaço para proposições singulares, mas existe a ênfase que elas podem ser compartilhadas, postas em comum. Do mesmo modo que o jogo, em uma oficina, há o convite a um linguajar que é capaz de acolher a diferença e produzir compartilhamento e trânsito, compondo outras parcerias.

A imersão decorre de um ato enativo de cada jogador. Por isso, difere tanto pela trajetória efetiva no jogo como pelos espaços de afinidade dos quais participa. Nessa atividade emergente, o jogador reelege os objetivos, os caminhos, que são condicionados, embora não determinados, pelos parâmetros do jogo.

As oficinas podem auxiliar os participantes à tomada de consciência de uma dimensão pré-reflexiva da experiência ao fornecer oportunidades para a ação em contextos de regras distinto do cotidiano. Osicineiros, ao estimularem e conduzirem o compartilhamento das ações e decisões, capacitam os participantes a tornarem-se conscientes dessa experiência. O compartilhamento, por sua vez, modifica o conjunto de ações pertinentes em um ou mais domínios cognitivos estabelecidos entre os participantes da oficina. Essas modificações permitem uma ampliação do conjunto de respostas às perturbações internas ou externas do bem-estar desses sujeitos. Os videogames constituem espaços participativos e de experimentação de si, pois convidam os jogadores a habitar novos contextos de experiência e portanto, se apresentam como um interessante recurso no campo da saúde mental.

## REFERÊNCIAS

ARALDI, E. et al. Oficinas, TIC e saúde mental: um roteiro comentado. In: PALOMBINI, A.; MARASCHIN, C.; MOCHEN, S. **Tecnologias em rede**: oficinas de fazer saúde mental. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 43-58.

BAUM, C. **Sobre videogames e cognição inventiva**. 2012. 87 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

BAUM, C.; MARASCHIN, C. Oficinas de vídeo game como dispositivo de compartilhamento em um serviço de saúde mental. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João del Rei, v. 8, n. 1, p. 95-105, 2013.

BETTS, A. et al. Jogos eletrônicos e vídeo games como e-dispositivos. In: PALOMBINI, A.; MARASCHIN, C.; RICKES, S. (Org.). **Tecnologias em Rede**: oficinas de fazer saúde mental. Porto Alegre: UFRGS, 2012.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

CEDRAZ, A.; DIMENSTEIN, M. Oficinas terapêuticas no cenário da Reforma Psiquiátrica: modalidades desinstitucionalizantes ou não? **Revista mal-estar e subjetividade**, v. 5, n. 2, p. 300-327, 2005.

DEMOLY, K. R.; MARASCHIN, C.; AXT, M. Escritura na convergência de mídias: uma nova experiência estética. **Psico**, v. 40, n. 1, Porto Alegre, 2009.

DIEHL, R. **Do mapa à fotografia**: planografias de um espaço louco. 2007. 87 f. Dissertação (Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional)– Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.

DIEHL, R.; MARASCHIN, C.; TITTONI, J. Planographs in research: maps and photographs within mental healthcare. **Interface: Comunicação, Saúde, Educação**, v. 13, n. 30, p. 79-91, 2009.

GEE, J. P. **Good video games + good learning**: collected essays on video games, learning, and literacy. New York: P. Lang, 2007.

HILTON, M.; HONEY, M. A. (Ed.). **Learning science through computer games and simulations**. Washington: National Academies Press, 2011.

KASTRUP, V.; PASSOS, E. Tecnologias, oficina e saúde mental: conversações. In: PALOMBINI, A.; MARASCHIN, C.; MOCHEN, S. **Tecnologias em rede**: oficinas de fazer saúde mental. Porto Alegre: Sulina, 2012. p. 193-217.

MAURENTE, V. S. **Imagens do hospício vazio**: fotografia, pesquisa e intervenção. 2010. 216 f. Tese (Programa de Pós-Graduação em Informática da Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

MARASCHIN, C.; FRANCISCO, D. J.; DIEHL, R. **Oficinando em rede**: oficinas, tecnologias e saúde mental, Porto Alegre, UFRGS, 2011.

MATURANA, H. C. **Ciência e vida cotidiana**. Belo Horizonte: UFMG, 2001.

Newman, J. **Playing with videogames**. Canadá: Routledge, 2008.

PALOMBINI A.; MARASCHIN, C; MOSCHEN, S. **Tecnologias em rede**: oficinas de fazer saúde mental. Porto Alegre: Sulina, 2012.

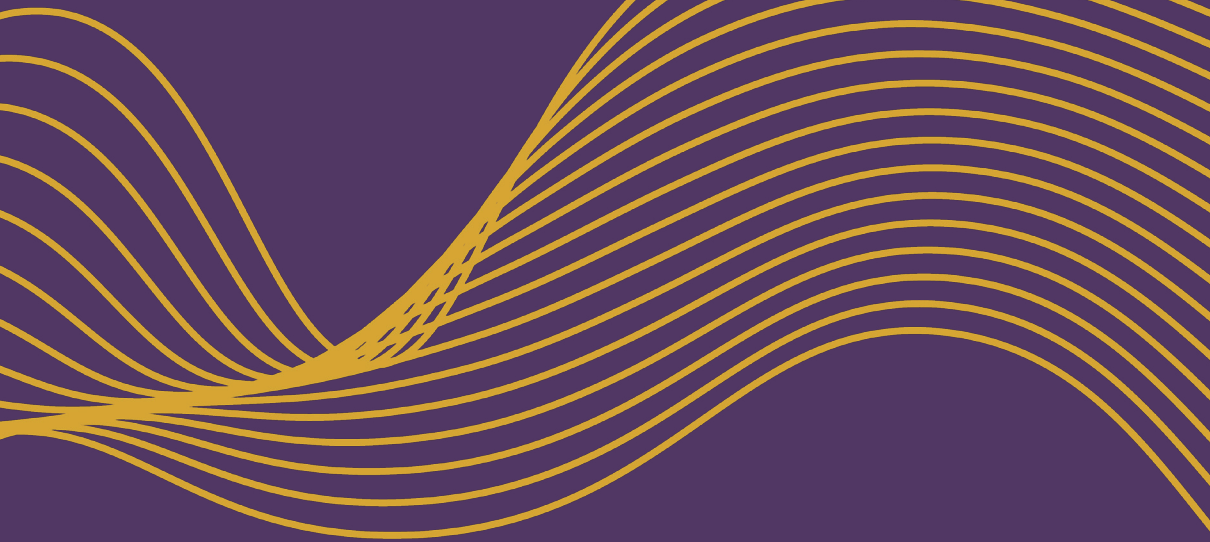
SPOHR, F. D. S. **Tecendo imagens**: operando experiências no plano do “comum”. 2011. Tese (Instituto de Psicologia. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

TANIKADO, G. V. F. **Virtualizando coletivos**: tecnologias e pesquisa-intervenção. 2010. 107 f. Dissertação (Mestrado, PPG Psicologia Social e Institucional)–Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2010.

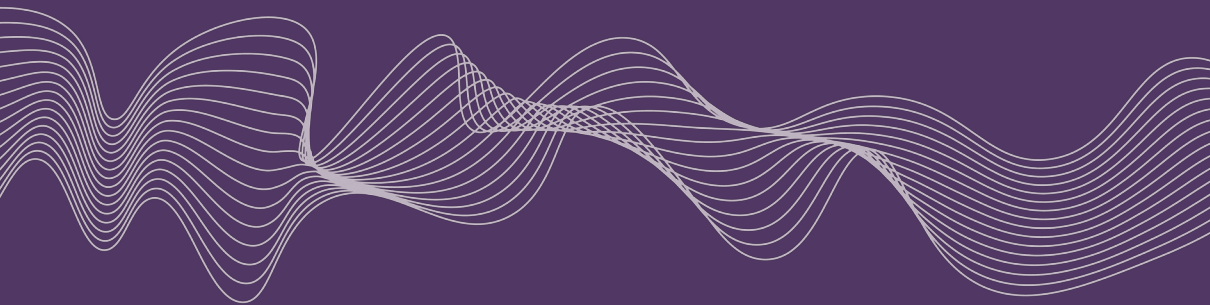
SQUIRE, K. From content to context: videogames as designed experience. **Educational Researcher**, v. 35, n. 8, p. 19-29, 2006.

SQUIRE, K.; STEINKUEHLER, C. Meet the gamers. **Library Journal**, v. 130, n. 7, p. 38-41, 2005.

THOMAZ, A. et al. Dispositivos de imersão em ambientes de realidade virtual. **Revista Brasileira de Informática na Educação**, v. 13, n. 2, p. 21-32, 2005.



# **SOBRE OS AUTORES**



## INTERNACIONAIS:

### NIKOLAS ROSE

Professor de Sociologia e Chefe do Departamento de Ciências Sociais, Saúde e Medicina da *King's College London*. Seu trabalho explora como os desenvolvimentos científicos têm mudado as concepções da identidade humana e governamento e o que isso significa para nosso futuro político, sócio-econômico e legal. É co-diretor do Centro para Inovação e Biologia Sintética (CSynBI), uma pesquisa colaborativa entre *King's* e *Imperial College London*. Com formação em biologia, psicologia e sociologia, Rose colaborou na fundação de duas revistas de influência radical nos anos de 1970 e 1980. Essas revistas têm um papel fundamental na introdução do pensamento crítico pós-estruturalista Francês para uma audiência de língua inglesa. Além disso, ajudam a desenvolver novas abordagens para estratégias e análises políticas.

### FERNANDO VIDAL

Recebeu BA da Harvard University, graduação em psicologia, história e filosofia da ciência das Universidades de Genebra e Paris, bem como Habilitação da Ecole des Hautes Etudes em Ciências Sociais, Paris. De 2000 a 2012, foi pesquisador permanente do Instituto Max Planck para História da Ciência, Berlim. Trabalha com a História das Ciências Humanas do período moderno até o presente. Foi Guggenheim Fellow, Athena Fellow da Swiss National Science Foundation, Professor Visitante na Academia Americana, em Roma, no Departamento de História da Ciência na Universidade de Harvard e professor visitante em Buenos Aires, Paris, Rio de Janeiro, México e Japão.

## NACIONAIS:

### ANITA BERNARDES

Possui graduação em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1996), mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2002) e doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2006). Atualmente, é professora e

pesquisadora do Mestrado e Doutorado em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco. Tem experiência na área de Psicologia Social e Saúde, com ênfase principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, formas de subjetivação, psicologia e trabalho.

### **ANTÔNIO BOLIS DE OLIVEIRA NETO**

Psicólogo, Mestre em Psicologia Social e Institucional pela UFRGS; Especialista em Educação em Saúde Mental Coletiva – UFRGS/EducaSaúde, 2013. Concluiu, em 2013, o programa de Residência Integrada em Saúde com ênfase em Saúde Mental do Grupo Hospitalar Conceição (GHC). Integrante do Grupo de Pesquisa GAM/RS (Gestão Autônoma da Medicação). Atualmente atua como psicólogo clínico em consultório particular.

### **CLECI MARASCHIN**

Professora Titular do Departamento de Psicologia Social e Institucional da UFRGS. Docente e orientadora dos PPGs de Psicologia Social e Informática na Educação. Pesquisadora CNPq. Coordenadora do Núcleo de Estudos em Ecologia e Políticas Cognitivas – NUCOGS.

### **CARLOS BAUM**

Mestre e Doutorando em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul com período sanduíche no departamento de Teoria e História da Psicologia na Universidade de Groningen (Holanda). Membro do Núcleo de Estudos em Ecologia e Políticas Cognitivas – NUCOGS. Docente no curso de psicologia do Instituto Evangélico Novo Hamburgo – IENH.

### **FÉLIX MIGUEL NASCIMENTO GUAZINA**

Doutorando em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Mestre em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Especialista em Psicologia Clínica com ênfase em saúde comunitária pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Tem graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Franciscano (2005).



Atualmente, é docente do Centro Universitário Franciscano, da cidade de Santa Maria/RS. Integrante do Grupo de Pesquisa Identidades, Narrativas e Comunidades de Prática (PUCRS). Tutor da Residência Multiprofissional em Saúde Mental do Centro Universitário Franciscano. Atua nas áreas de saúde mental, psicologia social, saúde coletiva e psicologia clínica.

### **FERNANDA CAVALHEIRO DOS SANTOS**

Possui graduação em Psicologia pelo Centro Universitário Franciscano (2016). Participa do Grupo de Pesquisas Estéticas Saúde e Políticas de Subjetivação (UFSM). Atualmente é psicóloga clínica. Tem experiência na área de Psicologia com ênfase em Psicologia Social. Atua principalmente nos seguintes temas: saúde mental, psicologia comunitária, produção de subjetividade e políticas públicas.

### **FRANCIS MORAES DE ALMEIDA**

Possui graduação em Ciências Sociais (2001) e em Psicologia (2002) pela Universidade Federal de Santa Maria (2001), Mestrado em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2005), Doutorado em Sociologia pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2009). Professor do Departamento de Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria e do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da UFSM. Tem desenvolvido pesquisas na área de Sociologia, com ênfase em Sociologia do Desvio e Controle Social e teoria social e emoções. Dedicar-se, especialmente, a temas como medo do crime e pânico moral.

### **KARLA GOMES NUNES**

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais (2004), especialização em temas Filosóficos pela Universidade Federal de Minas Gerais (2005), mestrado em Desenvolvimento Regional pela Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC (2008) e doutorado em Psicologia Social e Institucional pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (2013). Professora Adjunta do Departamento de Psicologia da Unisc, com experiência em docência, pesquisa, intervenção e assistência no campo das

políticas públicas de saúde e de saúde mental. Prática em Acompanhamento Terapêutico e dispositivos clínicos de reinserção social e saúde mental.

### **MARCOS ADEGAS DE AZAMBUJA**

Possui graduação, mestrado e doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, com período de doutorado sanduíche na London School of Economics (LSE). Atualmente é professor adjunto no Departamento e Programa de Pós-Graduação de Psicologia da Universidade Federal de Santa Maria. Coordena o Grupo de Pesquisas Estéticas, Saúde e Políticas de Subjetivação. Tem experiência na área de Psicologia, com ênfase em Psicologia Social. Atua principalmente nos seguintes temas: produção da subjetividade, saúde mental, psicologia, neurociências e políticas públicas.

### **MARCOS ALEXANDRE ALVES**

Possui Licenciatura em Filosofia – FAFIMC, Mestrado em Filosofia – PPGF/UFSM e Doutorado em Educação – PPGE/UFPel. Atua como Coordenador do Curso de Filosofia e Professor Adjunto do Curso de Filosofia, do Programa de Pós-Graduação em Ensino de Ciência e Matemática e do Mestrado em Ensino de Humanidades e Linguagens – Centro Universitário Franciscano (UNIFRA). Tem experiência na área de Filosofia: Ética, Fenomenologia, Hermenêutica, Filosofia da Educação, Epistemologia da Ciência. Participa dos grupos de pesquisa: Fundamentação do agir humano; Centro Brasileiro de Estudos sobre o Pensamento de Emmanuel Levinas. Integrou e Coordenou o Comitê de Ética em Pesquisa com Seres: CEP/UNIFRA (2004-2011). Atualmente, é Coordenador Institucional do PIBID/CAPES/UNIFRA.

### **MONALISA DIAS SIQUEIRA**

Pós-doutoranda (PNPD/CAPES) do Programa de Pós-Graduação em Ciências Sociais da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM). Doutora em Antropologia Social pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Possui mestrado em Sociologia e graduação em Ciências Sociais pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Tem experiência na área de Antropologia da

Saúde e atua principalmente nos seguintes temas: envelhecimento, corpo, saúde, políticas públicas e sofrimento social. É pesquisadora vinculada ao Grupo de Estudos e Pesquisas em Cultura, Gênero e Saúde (GEPACS/UFSM), ao Grupo de Estudos e Pesquisa em Gerontologia (GEPEG/UFSM) e ao Núcleo de Pesquisa em Antropologia do Corpo e da Saúde (NUPACS/UFRGS).

### **NEUZA MARIA DE FÁTIMA GUARESCHI**

Possui graduação em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1979), mestrado em Psicologia Social e da Personalidade pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (1991). Doutorado em Educação – University of Wisconsin-Madison (1998). Pós-doutorado no Institute of Education na University College of London (2014). Atualmente, é professora adjunta da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS). Coordena o grupo de pesquisa Estudos Culturais e Modos de Subjetivação e o Núcleo E-politics – Estudos em Políticas e Tecnologias Contemporâneas de Subjetivação. Desenvolve estudos na linha de pesquisa Políticas Públicas, Trabalho, Saúde e Produção de Subjetividade. O Projeto guarda-chuva, dos quais derivam suas orientações de teses, dissertações e iniciação científica, tem como título: Psicologia Social, Políticas Públicas e o Governo das Populações. Tesoureira da ANPEPP 2006 a 2008 e Presidente de 2008 a 2010. Presidente do Conselho Regional de Psicologia/RS de 2004 a 2007, presidente da ABRAPSO de 2001 a 2003 e de 2011 a 2013. Coordenadora do comitê de avaliação área 13 da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul – FAPERGS, de 2007 a 2009 e de 2011 a 2013; Editora da Revista Psico de 2006 a 2009; Editora associada da Revista Psicologia e Sociedade de 2007 a 2011; Membro da Comissão Editorial da Revista Psicologia Ciência e Profissão de 2011 a 2014. Coordenadora do Programa Pós-Graduação em Psicologia Social e Institucional (PPGPSI/UFRGS) no período de 2011 a 2012. Atualmente, é Editora da Revista Polis e Psique.

