

Paulino, Luciana Fernandes; Siqueira, Vera Helena Ferraz de; Figueiredo, Gustavo de Oliveira  
Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação  
em saúde: uma análise na perspectiva foucaultiana  
Saúde e Sociedade, vol. 26, núm. 4, 2017, Outubro-Dezembro, pp. 943-957  
Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. Associação Paulista de Saúde Pública.

DOI: 10.1590/S0104-12902017161399

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406264572008>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais informações do artigo
- Site da revista em redalyc.org

# **Subjetivação do idoso em materiais de educação/comunicação em saúde: uma análise na perspectiva foucaultiana**

**Elderly subjectivation in materials on health education/communication: an analysis from a Foucauldian perspective**

## **Luciana Fernandes Paulino**

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde. Laboratório de Linguagens e Mediações. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: lfernandesp@gmail.com

## **Vera Helena Ferraz de Siqueira**

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde. Laboratório de Linguagens e Mediações. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: verahfs@yahoo.com.br

## **Gustavo de Oliveira Figueiredo**

Universidade Federal do Rio de Janeiro. Núcleo de Tecnologia Educacional para Saúde. Laboratório de Linguagens e Mediações. Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: gfigueiredo.ufrj@gmail.com

## **Resumo**

Recentes investimentos na velhice mostram uma mudança de racionalidade que implica a construção de novas dinâmicas de poder, principalmente o biopolítico. A inauguração do discurso de “envelhecimento ativo e saudável” marca tal deslocamento do âmbito da assistência social ao da saúde, com ações de prevenção e promoção. Este artigo, fundamentado em noções foucaultianas sobre o saber/poder, com ênfase na questão do biopoder, a partir da contextualização de articulações entre processos de subjetivação da velhice acionadas em cenário neoliberal, apresenta um recorte da análise desenvolvida em uma pesquisa maior, concluída em 2013, a respeito de materiais de educação, prevenção e promoção de saúde dirigidos ao público idoso. Examina de que forma uma tecnologia de governamentalidade - a *Caderneta de saúde da pessoa idosa*, publicada pelo Ministério da Saúde do Brasil - viabiliza práticas de normalização de comportamentos e significados sobre saúde e velhice, atuando como um dispositivo de poder que se relaciona a discursos construídos em um determinado contexto sócio-histórico-cultural.

**Palavras-chave:** Discurso; Biopoder; Subjetivação; Material Educativo; Idoso.

## **Correspondência**

Vera Helena Ferraz de Siqueira  
Av. Pedro Calmon, 550, Cidade Universitária.  
Rio de Janeiro, RJ, Brasil. CEP 21941-901.

## Abstract

Recent investments in the elderly population show a change in the general way of thinking, which implies the construction of new power dynamics, mainly the biopolitical one. The growing discourse of “active and healthy aging” marks a displacement from the scope of social assistance to that of health, with prevention and promotion actions. In this article, backed by Foucauldian notions on power/knowledge, emphasizing the biopower matter, we put into context some articulations between old age subjectivation processes triggered in a neoliberal scenario, presenting part of an analysis made in a 2013 research, about materials of education and health prevention and promotion directed to the elders. From this, we examine the means through which a governmentality technology - the Elderly Health Handbook, of the Brazilian Ministry of Health - enables normalization practices of the behaviors and meanings concerning health and old age, acting as a power dispositive related to discourses constituted within a given sociohistorical and cultural context.

**Keywords:** Discourse; Biopower; Subjectivation; Educational Material; Elderly.

## Introdução

As questões referentes à velhice e ao processo de envelhecimento têm despertado cada vez mais interesse de profissionais e estudiosos de diferentes campos de conhecimento e intervenção, como o das ciências da saúde, humanas e sociais, assim como da sociedade em geral, a partir da constatação do acelerado processo de envelhecimento populacional em diversos países, inclusive no Brasil. Segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2015), no período de 2000 a 2010 a população brasileira com sessenta anos ou mais passou de 14,2 para 19,6 milhões, e deverá atingir 41,5 milhões em 2030.

Contribuem para o fenômeno de envelhecimento populacional, dentre outros fatores, o controle e/ou a redução da taxa de fecundidade/natalidade – principalmente a partir dos anos 1960, em função, sobretudo, da utilização de métodos anticoncepcionais, – e o aumento da expectativa de vida, proporcionado por inúmeros avanços tecnológicos em diversos campos científicos, como a medicina e a farmacologia, além das várias ações em prol da saúde humana, como a urbanização e o saneamento básico (Barbosa, 2003; IBGE, 2008, 2015).

Após a comprovação do fenômeno de envelhecimento populacional, instituições internacionais, como a Organização das Nações Unidas e a Organização Mundial de Saúde, incentivaram medidas promotoras de ações e serviços, principalmente preventivos, com o intuito de fomentar, no campo da saúde, o envelhecimento saudável e, no campo social, a luta pelo envelhecimento com direitos e dignidade (Paz, 2006).

Nesse contexto, começam a surgir, a partir dos anos 1980, propostas de várias naturezas e finalidades, produtos e serviços destinados aos idosos, como os referentes a convivência, educação, lazer e saúde. Já nos anos 1990 se verifica o *boom* gerontológico no Brasil, sendo a velhice, a partir de então, matéria de interesse público cada vez mais abordada por estudiosos, especialistas, prestadores de serviços e ainda pela mídia – no momento em que a terceira idade passa a constituir também um mercado de consumo específico. Cresce assim o apelo da sociedade por consumo dirigido aos mais velhos,

com uma infinidade de propostas para que eles “se mantenham bem” (Neri; Freire, 2000).

Em 4 de janeiro de 1994 foi assinada a Lei nº 8.842, que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso (Brasil, 1994), regulamentada pelo Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996 (Brasil, 1996). A lei apresentou como objetivos assegurar os direitos sociais do idoso, criando condições para promover sua autonomia, integração e participação efetivas na sociedade. Para a implementação, foram previstas ações governamentais nos campos da saúde, educação, assistência social, trabalho, habitação, previdência, urbanismo, justiça, cultura, esporte e lazer (Haddad, 2003).

Ainda Haddad (2003), a partir de sua leitura crítica de algumas políticas públicas brasileiras voltadas ao idoso, observa que, embora haja investimento na melhoria das condições de vida do idoso no discurso preconizado pelo Estado e materializado nessas legislações, o que se percebe na prática é que a efetivação de direitos sociais ainda não se firmou. A autora ressalta que essas legislações não têm tido repercussão concreta na melhoria das condições de vida de seu público-alvo. Considera que a materialização da lógica neoliberal nas ações governamentais – redução de custos, desresponsabilização dos aparelhos do Estado, defesa da privatização da previdência e da saúde, bem como a responsabilização do próprio sujeito pelo provimento de condições dignas de vida – resulta em dissonância entre os discursos proferidos e o contexto social da população e de suas demandas. Por fim, a autora chama a atenção para a necessidade e urgência de se investir em ações de efetivação de políticas sociais mais justas, que atendam concretamente as necessidades dessa população.

Os conceitos foucaultianos de biopoder e processos de subjetivação ajudam na leitura das políticas e estratégias de educação e comunicação voltadas ao público idoso, na medida em que consideram as relações de poder que recaem sobre os corpos individuais e coletivos e a importante participação dos saberes construídos e disseminados por documentos, instituições e profissionais, reconhecidos como “referência desse saber”, na forma como os sujeitos pensam, agem, se relacionam e (con)vivem.

As Políticas de Promoção de Saúde podem ser entendidas como campos de discursos e práticas, saberes e poderes, atravessados por instâncias tanto regulatórias e disciplinares, quanto participativas e emancipatórias (Ferreira Neto et al., 2009). Nos últimos anos, essas políticas têm sido referenciadas pelo princípio da promoção de saúde, havendo um deslocamento de ênfase da assistência para a gestão nos cuidados de saúde. Tal princípio propõe um novo olhar, socioambiental, sobre a saúde, considerando justiça social, equidade, educação, saneamento, paz, habitação, salários dignos, dentre outros fatores, conforme mencionado na Carta de Otawa (Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 1986). Inclui em seus preceitos indicações para uma vida saudável e a participação do indivíduo e da sociedade para alcançá-la. As práticas educativas também participam desse investimento do biopoder, porém, muitas vezes, limitam-se a ditar hábitos de vida (Carvalho; Gastaldo, 2008; Ferreira Neto et al., 2009; Gastaldo, 1997).

Dentre as estratégias apontadas nessas propostas, conforme mencionado pelos referidos autores, estão políticas públicas saudáveis, ambientes sustentáveis, reorientação dos serviços de saúde, desenvolvimento de capacidades dos indivíduos e do coletivo, assim como ações comunitárias. É ressaltada a importância de atuar nos fatores determinantes e causais de saúde, aumentar a participação social e investir em práticas educacionais de saúde, as quais frequentemente se limitam a intervir nos hábitos e estilos de vida dos sujeitos. Enfim, busca-se garantir condições dignas de vida e, ao mesmo tempo, aumentar o controle sobre indivíduos e populações. (Carvalho; Gastaldo, 2008; Ferreira Neto et al., 2009; Gastaldo, 1997).

Emprestando a problematização feita por Veiga-Neto e Lopes (2012) quanto às políticas educacionais de inclusão, se nos detivermos nas políticas e práticas de promoção e educação em saúde nos daremos conta de que elas atuam, ao mesmo tempo, como ações poderosas para beneficiar a população e como ações tutelares, ao acionarem estratégias que subjetivam o idoso para a adoção de certos comportamentos e maneiras de se significar. Nesse sentido, é possível verificar uma idealização da velhice e da saúde, configurando um processo de negação/ocultação da velhice e toda a sua complexidade, por exemplo,

ao propagar ideias como *melhor idade, feliz idade*, sem contextualização, sem problematizações, sem críticas. (Novaes, 1995; Teixeira; Lacerda, 2003-2004). Os processos de educação e comunicação participam desse investimento, não somente veiculando informações e conhecimentos, como também a partir da (re)produção e circulação de valores, imagens, representações e outros elementos constitutivos da identidade do sujeito, ou, utilizando a terminologia foucaultiana, de seu processo de subjetivação, o qual se vincula às práticas de constituição do sujeito, ao investirem formas específicas de se comportar, pensar, ser e viver.

Os materiais utilizados nos trabalhos realizados no campo da saúde são, não raro, desdobramentos das políticas públicas referidas ao idoso; constituem veículos de informação/comunicação/educação que fazem circular determinados saberes e práticas, atuando como instrumentos partícipes da subjetivação do idoso. Essas questões compõem o cenário de discussões sobre os processos subjetivos, sociais, históricos e culturais que participam da dinâmica identitária dos sujeitos implicados, considerando que tais propostas interventivas podem, ao mesmo tempo, se constituir como espaços de ressignificação e aprendizado, contribuindo, assim, para o processo de valorização da pessoa idosa, seu sentimento de pertença social, seu estado de bem-estar e a participação ativa na promoção da própria saúde.

Este artigo apresenta um recorte de pesquisa maior, concluída em 2013, em que foram analisados materiais de educação, prevenção e promoção de saúde dirigidos ao público idoso, a partir de noções foucaultianas sobre o poder/saber, com ênfase na questão do biopoder. Aqui desenvolveremos a análise de um desses materiais, a *Caderneta de saúde da pessoa idosa*, elaborada pelo Ministério da Saúde do Brasil e tida como importante instrumento de trabalho para prevenção e promoção de saúde.

O alcance do controle exercido pela caderneta pode ser atestado pelo grande investimento feito em sua produção e distribuição. Esse material, produzido em 2006, começou a ser distribuído em 2007, sendo entregue desde então às secretarias estaduais e municipais de saúde. Segundo o site oficial do Ministério da Saúde, o Portal da Saúde, a

meta de distribuição para 2010 foi de 13 millivretos em todo o país. Cabe ressaltar o significativo aumento do investimento nesse material, tendo em vista que, na terceira e última edição, em 2014, a tiragem dessa caderneta foi superior a 1 milhão de exemplares (Brasil, 2017). Entretanto, cabe observar que, embora a caderneta tenha passado por revisão e atualização em 2014, neste trabalho analisamos o material disponível à época em que foi realizado o estudo.

Cabe também mencionar que a ampla distribuição da caderneta não implica seu uso efetivo por idosos e/ou profissionais de saúde. Não resta dúvida de que estudos que tomem como objeto o campo de uso desse material nas unidades de saúde, evidenciando seu papel como dispositivo regulador na realidade cotidiana da vida dos idosos, são de grande relevância. Entretanto, aqui nos detivemos sobre as maneiras pelas quais, na contemporaneidade, discursos sobre velhice, educação e saúde vêm sendo construídos, no caso, materializados na *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. Entendemos esse processo enquanto exercício do biopoder, por se tratar de relações de poder que incidem sobre o indivíduo - em seu corpo e em sua subjetividade, influenciando formas de pensar, agir e viver - e ainda sobre o corpo social, a população, através de instrumentos de alcance coletivo, como as legislações e os materiais de grande circulação, como é o caso da caderneta analisada.

Consideraremos esse material paradigmático dos discursos construídos em dispositivos pedagógicos, que integram as múltiplas estratégias de conformação identitária dos sujeitos idosos. Começaremos por discutir a noção foucaultiana de poder, nos detendo nas formulações sobre biopoder e subjetivação, para em seguida evidenciar a velhice como constructo histórico-cultural. Tais noções teóricas dão sustentação à análise que apresentamos da *Caderneta de saúde da pessoa idosa*.

## **Relações de poder em Foucault: biopoder e processos de subjetivação**

O pensamento de Foucault, principalmente em sua fase genealógica, em muito contribui para compreender o ideário de promoção de saúde a partir das noções de biopoder e produção de subjetividade: poder entendido como prática social, heterogêneo,

mutante, difuso, produtivo, o qual se concretiza na dinâmica das relações em suas dimensões micro e macro. Não sendo restrito a uma pessoa ou instituição, todos podem exercê-lo - governar e ser governados - por meio de discursos dominantes compartilhados, os quais produzem desejos e necessidades que os indivíduos acabam assumindo como seus, ou seja, subjetivando-se a partir de tais ideários. O poder, então, mostra-se em sua positividade, criatividade, inventividade: produzindo, incitando, transformando e indicando, da mesma forma, a capacidade das relações de poder de construir novos discursos e produzir novas subjetividades. No que se refere ao corpo, não é diferente: o poder sobre ele não se exerce para aniquilá-lo, mutilá-lo, mas para aprimorá-lo, geri-lo, adestrá-lo. Nessa dinâmica, as dimensões criativas e instituintes do poder são capazes de propiciar tanto formas de docilização e cristalização, quanto de resistência e criação. Considera-se, portanto, que essa perspectiva amplia as possibilidades críticas referentes às relações de poder no campo da educação em saúde (Foucault, 1988, 1995).

O corpo, importante objeto de saber da saúde, cuja dimensão extrapola o biológico, mostra-se como território de encontro entre individual e coletivo, sendo significado pelas dimensões sociais, econômicas, culturais e políticas em determinado período histórico. As intervenções propostas para esse campo de saber, por meio das políticas públicas, se revelam práticas de controle sobre o corpo, tanto individual quanto coletivo, conformando o biopoder, com suas técnicas disciplinares e biopolíticas, respectivamente. Tais propostas trazem estratégias que buscam promover a saúde por meio do ensino de diversas práticas, como a auto-observação, o autoexame, o exercício etc. (Gastaldo, 1997).

A anátomo-política, que corresponde à disciplina do corpo individual, participa da produção de uma subjetividade social, a qual fundamenta a responsabilização individual e a confissão de possíveis transgressões às normas estabelecidas. Essa técnica do poder, partícipe do processo de subjetivação dos sujeitos, está presente na relação dos profissionais de saúde com os usuários, no momento em que aqueles são orientados a persuadir estes a terem uma vida saudável, pois, caso contrário, haverá

um sentimento de fracasso por parte de um e/ou de outro. Essa política implica, portanto aprender a ser um cidadão saudável, por meio do disciplinamento dos corpos individuais (Gastaldo, 1997).

A dimensão biopolítica, que recai sobre o corpo social, é observada nas políticas públicas e nas verdades científicas através das quais circulam saberes relacionados à microfísica do poder e sua vivência do cotidiano (Carvalho; Gastaldo, 2008). A biopolítica atua enquanto instância regulatória e intervintiva de controle da população, a partir do momento em que processos biológicos gerados pelo conjunto de indivíduos se ligam às questões econômicas e sociais, dentre as quais se situa o aumento da expectativa de vida, requerendo cuidados de saúde e apoio social aos idosos (Gastaldo, 1997). Um exemplo pertinente a este trabalho são as legislações de “amparo ao idoso” e as inúmeras recomendações para um “envelhecimento saudável”, com “qualidade de vida”. As políticas sociais integram o conjunto de estratégias visíveis para lidar com processos coletivos voltados à vida e à saúde da população; dentre as técnicas invisíveis está o estabelecimento de distinção entre o normal e o patológico.

É importante observar, conforme acrescentam Carvalho e Gastaldo (2008), que os discursos dominantes muitas vezes fortalecem a coesão social, permitem a interação, o compartilhamento de mecanismos de convívio social, discursos comuns etc. Esses podem, igualmente, produzir a exclusão social ou o privilégio - conforme também observou Veiga-Neto (2000), referindo-se ao sujeito idoso, com relação ao ideário da “velhice saudável e ativa”.

No que diz respeito aos processos de subjetivação, pode-se dizer que essas formas de gestão das populações (ou seja, de governo) se mostram efetivas e recompensadoras, uma vez que são tidas como prazerosas, sendo raramente reconhecidas como alheias à vontade dos sujeitos. Tal efetividade se dá pelo fato de ser mais difícil resistir aos jogos de sedução do que aos movimentos impositivos, autoritários (Carvalho; Gastaldo, 2008).

Cabe ressaltar que Foucault entende o poder não como algo que se possui, mas que se exerce de forma relacional, sendo condição de sua existência os espaços para resistência e para práticas de liberdade. A Foucault (1988) interessava saber sob que forma e

através de que canais e discursos o poder consegue chegar às mais ténues e individuais condutas; e, além disso, de que maneira o poder penetra e controla o prazer cotidiano. O filósofo buscou compreender as instâncias da produção discursiva, da produção de poder, da produção de saber. Ao se debruçar sobre a genealogia das diferentes técnicas de exercício de poder, com suas mutações, seus deslocamentos, suas continuidades e rupturas, conclui que a dinâmica do poder, geralmente concebida como repressiva ou negativa, é sobretudo positiva, múltipla, inventiva, em constante criação de métodos, procedimentos e estratégias; há, portanto, um grande investimento em novos mecanismos e tecnologias para maximizar a vida. A discussão sobre liberdade, nessa perspectiva, está vinculada não só à noção de poder, mas à própria ideia de sujeito, uma vez que, na falta da liberdade, o poder se converte em dominação e o sujeito, em objeto.

## A velhice sob uma lente foucaultiana de análise

A velhice é atravessada por estratégias biopolíticas que classificam, normatizam e medicalizam o envelhecimento. As dinâmicas apresentadas pela biopolítica (modalidade de exercício do poder que tem como objeto as populações), que, juntamente com a disciplina (cujo objeto é o indivíduo), compõem o biopoder (tecnologia de poder centrado na vida, biologicamente considerada) podem ser facilmente percebidas na sociedade ocidental contemporânea (Foucault, 1988, 2006).

Esse controle pode ser resumido pelo que Castiel e Dardet (2007), baseados em Foucault, afirmam:

Para viver muito tempo, é imprescindível a vigilância extensiva e normalizadora que acaba impedindo a possibilidade de transcendência. Viver sob a égide biopolítica é perpetuar a vida, através do sacrifício existencial do ser vivente, reduzindo-o ao âmbito biológico. Na saúde persecutória, vive-se sob o primado paradoxal da sentença e da condenação culposa, sem delito, como estratégia de afastamento dos riscos à sobrevida, que, por ser mantida sob esta forma, passa a ser achatada aos limites somáticos ao preço da negação do

mais humano que há na vida. (Castiel; Dardet, 2007, p. 125)

Algumas questões sobre velhice, a partir da perspectiva foucaultiana, são discutidas por Swain (2008), abordando principalmente o conceito de biopoder. Sem negar seus aspectos fisiológicos, a autora situa a velhice, assim como as demais faixas etárias, como “uma representação social que polariza e hierarquiza o humano para melhor excluir, para melhor controlar, para melhor cindir as forças de resistência. [...] o poder que dissolve as entranhas, ao decretar, na norma, o direito à vida” (Swain, 2008, p. 261).

A divisão das pessoas, também em grupos etários, faz parte do que Foucault (1988, p. 184) chamou de biopoder, o qual se dá no “campo das práticas, políticas e observações econômicas, os problemas de natalidade, longevidade, saúde, habitação, migração, explosão”. Estas se apresentam, então, como estratégias de manipulação e controle dos fenômenos da vida, do nascimento à morte. Tanto a velhice quanto a juventude são, pois, categorias sociais que acabam por cristalizar representações, valores e significações sobre os corpos, que, por sua vez, vão influenciar a vida e as relações.

Partindo do entendimento foucaultiano de poder relacional, complexo e criativo, esse lugar desviante também é considerado um espaço de possibilidades, de crítica e de resistência às verdades que nos são postas. Assim, a velhice como categoria que aprisiona, para melhor controlar e disciplinar, também comporta espaços para a mudança, para a criação, para a recusa de submissão à normalização, a qual se dá igualmente pela via etária (Swain, 2008, 2010).

Santos e Damico (2009) fazem uma discussão interessante, também sob a perspectiva foucaultiana, sobre o “mal-estar do corpo velho” na sociedade atual e os esforços empreendidos (e incentivados) para rejuvenescê-lo. Debatem sobre o culto contemporâneo ao corpo, considerando-o uma construção social, compreendido na cultura que o produziu. Percebem, portanto, nesse contexto, um vasto campo de produção de saberes e poderes. Os autores mencionam os discursos acerca da promoção de saúde da pessoa idosa, os quais estão inseridos na dinâmica do biopoder, a partir do momento em que

buscam controlar e disciplinar o corpo, individual e coletivo, por meio de diferentes práticas de saúde. Os cuidados com o corpo, fortemente preconizados nas novas propostas para a saúde, são permeados pelas relações de poder sobre os outros e sobre si, revelando-se estratégias de governo dos corpos, dirigindo e regulando os modos de ser e agir, individuais e sociais.

O corpo é o primeiro e mais evidente lugar onde se expressa e se manifesta a idade; sobre ele, a sociedade marca seu pertencimento ou exclusão; nele se constroem a história e a identidade do sujeito. Foucault (1979) afirma que o corpo contemporâneo está impregnado por formas de viver, atravessado por práticas, procedimentos e receitas; enfim, uma prática social, a qual se tornou um determinado modo de conhecimento e de elaboração de um saber. É possível observar em nossa sociedade diferentes pedagogias que visam a educar o corpo contemporâneo, as quais, para além das estratégias escolares, reúnem uma variedade de recursos tecnológicos, com o intuito de atingir, por meio de mecanismos de sedução e emoção, o desejo dos indivíduos.

Conforme já comentamos, a velhice, como os demais tempos da vida, também é uma construção social, uma produção histórica, com diferentes significados em cada sociedade e tempo histórico. A imposição de uma forma de envelhecer (minimizando seus efeitos, sobretudo os visíveis) indica a inclusão dos idosos como consumidores e não como cidadãos, sujeitos de direitos. Tal imperativo de adequação, de submissão às normas vigentes, externas aos sujeitos, com seus papéis descritos e prescritos, desconsidera a história individual e a diversidade cultural, as quais também os atravessam. Santos e Damico (2009) ressaltam a necessidade e urgência de considerar que não existe um único modo de viver a velhice, um único corpo velho, que o sujeito que envelhece é protagonista da própria vida e história, sujeito de direitos, capaz de construir sua existência e contribuir para uma nova sociedade.

Veiga-Neto (2000) sinaliza o papel de diferentes dispositivos e instituições, como a mídia, a indústria cultural, a telemática, a escolarização em massa e mesmo o *marketing* político, que funcionam para diferenciar, agrupar, classificar, ordenar,

inscrevendo-se fundamentalmente no corpo. Tais marcas, cujos significados não são estáveis nem têm o mesmo grau de importância para todos os sujeitos, são dinâmicas. Diante desse contexto, o autor defende a importância de conhecer melhor tais dinâmicas e ressalta a questão da idade, enquanto tempos vividos pelos corpos, considerada uma categoria que diferencia os indivíduos e, em muitos casos, marginaliza, exclui. Veiga-Neto enfatiza que esse sentimento de pertença pode viabilizar, por outro lado, a participação e atuação do indivíduo na sociedade, contribuindo para o exercício da cidadania de forma mais significativa.

Foucault (1979) vê na disciplina uma técnica de poder que implica vigilância perpétua e constante dos indivíduos, os quais devem ser submetidos a uma incessante pirâmide de olhares. A disciplina implica também registro contínuo, de modo que nenhum detalhe, acontecimento ou elemento disciplinar escape a esse saber. A disciplina é um conjunto de técnicas pelas quais o sistema de poder age sobre os indivíduos, em sua singularidade.

O poder disciplinar é, com efeito, um poder que, em vez de se apropriar e de retirar, tem como função maior “adestrar”; ou sem dúvida adestrar para retirar e se apropriar ainda mais e melhor. Ele não amarra as forças para reduzi-las; procura ligá-las para multiplicá-las e utilizá-las num todo. Em vez de dobrar uniformemente e por massa tudo o que lhe está submetido, separa, analisa, diferencia, leva seus processos de decomposição até às singularidades necessárias e suficientes. “Adesta” as multidões confusas, móveis, inúteis de corpos e forças para uma multiplicidade de elementos individuais [...] A disciplina “fabrica” indivíduos [...] O sucesso do poder disciplinar se deve sem dúvida ao uso de instrumentos simples: o olhar hierárquico, a sanção normalizadora e sua combinação num procedimento que lhe é específico: o exame. (Foucault, 1987, p. 143)

[O exame] Combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. [...] Nele vêm-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade. [...] A superposição das

relações de poder e das de saber assume no exame todo o seu brilho visível. (Foucault, 1987, p. 154)

Para Foucault (1979), é o poder de individualização que tem o “exame” como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julgá-los, medi-los, localizá-los e, por conseguinte, utilizá-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se um elemento pertinente para o exercício do poder. Ao observar que o exame faz a individualidade entrar num campo documental, Foucault (1987) afirma que este coloca os indivíduos em constante vigilância, situando-os igualmente numa rede de anotações escritas:

O exame está no centro dos processos que constituem o indivíduo como efeito e objeto de poder, como efeito e objeto de saber. É ele, por exemplo, que, combinando vigilância hierárquica e sanção normalizadora, realiza grandes funções disciplinares de repartição e classificação [...]. Como se ritualizam aquelas disciplinas que se pode caracterizar com uma palavra dizendo que são uma modalidade de poder para o qual a diferença individual é pertinente. (Foucault, 1987, p. 160, grifo nosso)

Interessa-nos aqui particularmente as formulações feitas por Foucault a respeito da confissão como tecnologia de poder. Para o filósofo, na codificação clínica do “fazer falar”, esta se combina com o exame: o relato de si mesmo como desdobramento de um conjunto de signos e sintomas decifráveis. Um modo, em definitivo, de inscrever os procedimentos da confissão em um campo de observações científicas decifráveis (Castro, 2009). Nas sociedades ocidentais, diz Foucault (1988), a confissão é colocada entre os rituais mais importantes para a produção de verdade. A obrigação da confissão já está tão incorporada que não a percebemos mais como efeito de um poder que nos coage. Ela é um ritual de discurso no qual o que o sujeito fala coincide com o enunciado e se desenrola numa relação de poder - na presença de alguém que avalia, julga, consola, pune, perdoa. A confissão foi, e ainda é, a matriz que rege a produção de discurso

verdadeiro, mesmo que passe por transformações nas suas formas: antes do século XVIII ligava-se à prática da penitência, passando, depois, a ser utilizada em várias relações, tendo-se modificado em motivações, efeitos e formatos (interrogatórios, consultas, narrativas autobiográficas, transcritos etc.). Dá-se, então, a disseminação dos procedimentos de confissão, a localização múltipla de sua coerção, a extensão de seu domínio: a medicina, a psiquiatria e a pedagogia começaram a solidificá-lo. Assim, o discurso não mais se articulava ao pecado e à salvação, mas ao que fala de corpo e vida: o discurso da ciência. O conhecimento científico também desempenha um papel fundamental na atribuição de significados, à medida que justifica, explica e legitima determinadas práticas e atitudes em relação à velhice (Couto; Rocha-Coutinho, 2003-2004), subsidiando intervenções médicas, processos de diagnóstico tratamento e cura.

Os recentes investimentos na velhice mostram uma mudança de rationalidades e modos de intervenção que implica a construção de novos saberes e discursos, novas verdades e relações/dinâmicas de poder investidas sobre esse grupo etário. A inauguração de um novo discurso, do “envelhecimento ativo e saudável”, marca o deslocamento da compreensão acerca desses sujeitos, bem como do foco do trabalho, nos diferentes campos de conhecimento a eles direcionados, do âmbito da assistência ao da saúde. O que se observa - com base nos discursos de “qualidade de vida” e “envelhecimento ativo e saudável”, que enfatizam ações educativas, preventivas e promotoras de saúde, a partir, principalmente, da noção de risco, bem como do incentivo à “participação” dos sujeitos envolvidos na manutenção e recuperação de seu estado de saúde - é a predominância da dimensão biomédica, com forte investimento em prescrições comportamentais e foco nas ações individuais (dos próprios sujeitos).

Pecebem-se, assim, novos investimentos nos sujeitos envelhecidos, em seus modos de pensar, sentir e agir; em seu corpo, sua mente e sua vida. Partindo do pensamento foucaultiano de que não há exercício de poder sem a constituição de um saber, pode-se dizer que, a partir do contexto sócio-histórico de envelhecimento populacional e de seus múltiplos desdobramentos, dentre eles os de

ordem político-econômica, questões pertinentes ao envelhecimento e à velhice vêm sendo incorporadas à rede sutil de discursos, saberes, prazeres e poderes (Foucault, 1988).

Nesse sentido, considera-se importante salientar que os diferentes investimentos em vigor do corpo, atividade física, qualidade de vida, bem-estar etc., assim como a ênfase no trabalho preventivo e na responsabilização do indivíduo por seu estado de saúde, abarcam todo o corpo social, não sendo, portanto, uma peculiaridade do público etário idoso. Assim, esse tipo de investimento não se dá de forma exclusiva e descolada dos demais grupos, tratando-se, ao contrário, da inclusão do contingente populacional idoso em tal lógica.

Dada sua positividade, as práticas de poder se manifestam de forma múltipla, dinâmica e criativa, nas instâncias macro e micro, sendo veiculadas das mais diversas maneiras, desde grandes campanhas até atuações mais pontuais, na capilaridade das microrredes, cujas ações se manifestam no cotidiano do idoso. Assim, lança-se mão de determinadas estratégias, dentre outras possíveis, para governar a população idosa.

Nesse contexto, a norma é investida como valor a ser assumido pelo idoso, desconsiderando as diferentes instâncias que o constituem. Quando há subjetivação desses valores, o idoso passa a querer para si o que é preconizado pelo outro a partir de determinado saber, construído e disseminado por discursos de cunho político e acadêmico-científico, socialmente reconhecidos como discursos de verdade. Pode-se dizer, então que um novo padrão de normalidade sobre o envelhecer vem sendo construído nos últimos anos.

Cabe observar ainda a utilização de mecanismos sutis de gratificação e sanção nesses investimentos. Tal dinâmica é percebida quando se defendem as ditas vantagens e benefícios, não só à saúde, como à vida pessoal desses sujeitos, ao adotar os modos de viver apresentados; caso contrário, o sujeito sofrerá “perniciosas consequências”, como o prejuízo ou agravamento de seu estado de saúde, podendo, inclusive, vir a óbito. Essa lógica de ação pode criar uma atmosfera de insegurança, apreensão e medo, ao sugerir que algo ruim pode acontecer caso o idoso não siga o que está prescrito.

## Análise da caderneta de saúde como estratégia de registro, controle e confissão

Uma análise crítica na perspectiva foucaultiana

consiste em desentocar o pensamento e em ensaiar a mudança; mostrar que as coisas não são tão evidentes quanto se crê, fazer de forma que isso que se aceita como vigente em si não o seja mais em si. Fazer a crítica é tornar difíceis os gestos fáceis demais. Nessas condições, a crítica – e a crítica radical – é absolutamente indispensável para qualquer transformação. (Foucault, 2006, p. 180)

Desse modo, uma crítica à caderneta de saúde afasta-se de uma organização prévia dos discursos, assim como da identificação de uma lógica interna ou algum suposto conteúdo de verdade, uma essência original. Na análise do discurso, enquanto estudo de uma prática discursiva, o analista não busca ocupar-se com supostos conteúdos de verdade, nem supostos significados profundos (Dreyfus; Rabinow, 1995; Veiga-Neto, 2003).

Com relação à prática discursiva, esta não se resume ao mero pronunciamento de um discurso. Ela molda nosso modo de construir o mundo, de compreendê-lo e falar sobre ele, ainda que dependa da nossa vontade para acontecer; lembrando que qualquer prática discursiva está conectada a outras, ou seja, não se dá de forma isolada, isenta (Veiga-Neto, 2003). As práticas discursivas “tomam corpo no conjunto das técnicas, das instituições, dos esquemas de comportamento, dos tipos de transmissão e de difusão, nas formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantêm” (Foucault, 2000, p. 241), correspondendo a “um conjunto de regras anônimas, históricas, sempre determinadas no tempo e no espaço, que definiram em uma época dada, e para uma área social, econômica, geográfica ou linguística dada, as condições de exercício da função enunciativa” (Foucault, 2004, p. 153-154).

É com esses pressupostos que nos detivemos na análise da *Caderneta de Saúde da pessoa idosa*, amplamente investida no trabalho destinado à pessoa

idosa, no campo da saúde. Esse livreto, produzido pelo Ministério da Saúde, destina-se ao registro de informações pessoais e de saúde das pessoas idosas. É citado em vários manuais técnicos e possui *link* próprio no Portal da Saúde, do Ministério da Saúde (Brasil, 2017).

**Figura 1 – Caderneta de saúde da pessoa idosa, capa**



Fonte: Brasil, 2006

O material é apresentado como uma contribuição ao cumprimento da lei, além do cuidado e zelo para com o público idoso, ao se afirmar que a *Caderneta de saúde da pessoa idosa* é um documento que faz parte de uma estratégia para acompanhamento de saúde dessa população.

Logo na capa nos defrontamos com a imagem da Figura 1, que representa o ideal do envelhecimento bem sucedido e feliz, com um casal de idosos cujos semblantes e expressão corporal indicam estarem “bem cuidados” e “de bem com a vida”. Não poderíamos deixar de notar que o gesto protetor da mulher em relação ao homem, representado em posição de submissão diante dela, remete à ideia tão prevalente da mulher cuidadora. Ficam visíveis as noções de fragilidade, inabilidade ou mesmo incapacidade, frequentemente atribuídas ao idoso, que, por isso, necessita ser cuidado e protegido por outro sujeito. Com base na noção de risco, prevalente nesses discursos e materializado nos dispositivos, o idoso deve ser permanentemente acompanhado, suas taxas fisiológicas registradas e suas atividades cotidianas supervisionadas e controladas; enfim, a vida devidamente gerida.

Percebe-se um investimento na subjetividade desses sujeitos, nos seus desejos, de modo que eles mesmos queiram agir da forma prescrita, para alcançar a norma do “envelhecimento bem sucedido”, podendo assim ser felizes, satisfeitos, estar “de bem com a vida”, usufruindo de sua independência, autonomia e cidadania, conforme preconizado pelos representantes desses discursos de verdade e materializado nesses materiais.

Já na apresentação da caderneta o público alvo é convidado a “fazer sua parte”. São feitas algumas recomendações relativas à própria caderneta, no sentido de o idoso estar sempre com ela e levá-la às consultas médicas, assim como recomendações dirigidas ao idoso para indicar o que deve ser feito na vida diária: “não se esqueça de fazer a sua parte praticando alguma atividade física: ande, dance, namore, faça todas as coisas que lhe dão prazer. Participe das atividades de sua comunidade. Saia com seus amigos e amigas”. Percebe-se a predominância de verbos no imperativo e de prescrições comportamentais. A ênfase na intervenção do profissional de saúde, por meio de avaliação, acompanhamento e controle do estado de saúde dos “pacientes” perpassa todo o material. As páginas seguintes da caderneta são compostas por lacunas a serem preenchidas pelo idoso - ou pelo profissional de saúde, sobretudo o médico - com dados pessoais e fisiológicos.

Sob uma perspectiva foucaultiana, é possível entender esse material como um instrumento de “exame, registro e confissão” para fins de controle do corpo e da vida do sujeito envelhecido. Chama atenção a forma como os itens da caderneta são escritos, na primeira pessoa do singular, como se o próprio idoso estivesse falando, ou seja, a caderneta “fala por ele”, o que sugere que a pessoa idosa não estaria capacitada a falar por si, tornando-se necessário que um instrumento de registro execute esse papel. Tal gênero discursivo, em que o material assume o lugar do próprio sujeito, pode ser percebido logo de início, na interpelação feita ao idoso para preenchimento de suas informações pessoais.

Exemplificamos o uso da primeira pessoa do singular na caderneta nas autodescrições solicitadas: “como eu sou mais conhecido”, “minha escolaridade”, “sou aposentado”, “minha ocupação”

e “meus hábitos de vida”, “fumo”, “bebo” (inclusive quantidade e frequência). Após essa etapa, são solicitadas informações de âmbito mais social, como: “que pessoas moram comigo”, “fico sozinho a maior parte do dia”, “pessoa que poderia cuidar de mim, caso eu precisasse”. Vemos aqui o controle perpassando os hábitos do indivíduo, a ponto de penetrar e regular seu cotidiano.

**Figura 2 – Caderneta de saúde da pessoa idosa, itens 2 a 5**

<b>2. MINHA IDENTIFICAÇÃO</b>	
Nome: _____	
Como eu sou mais conhecido: _____	
N.º Cartão do SUS: _____	
Documento de identidade: _____	
Sexo: ( ) masculino ( ) feminino	
Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
Endereço: _____	
N.º: _____ Complemento: _____	
Bairro: _____	
Ponto de referência: _____	
CEP: _____ Cidade: _____	
Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____	
Estado civil: ( ) casado ( ) solteiro ( ) viúvo ( ) separado ( ) outros	
Minha escolaridade: ( ) analfabeto ( ) até 4 anos ( ) 4 a 8 anos ( ) 8 anos ou mais	
Sou aposentado: ( ) sim ( ) não	
Minha ocupação antes de aposentar: _____	
Minha ocupação atual: _____	
Grupo sanguíneo: _____ Fator RH: _____	
Meus hábitos de vida: Fumo ( ) não ( ) sim ( ) fumo freqüentemente ( ) fumo raramente ( ) parei de fumar	
Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____	
Bebida alcoólica ( ) não ( ) sim ( ) bebo freqüentemente ( ) bebo raramente ( ) parei de beber	
Tipo: _____ Quantidade: _____ Tempo: _____	
Atividade física ( ) não ( ) sim ( ) faço freqüentemente ( ) faço raramente ( ) parei de fazer	
Tipo: _____ Frequência: _____ Tempo: _____	
<b>3. MORAM COMIGO _____ pessoas</b>	
<b>4. FICO SOZINHO A MAIOR PARTE DO DIA? ( ) sim ( ) não</b>	
<b>5. PESSOA QUE PODERIA CUIDAR DE MIM CASO EU PRECISASSE</b>	
Nome: _____	
Grau de vínculo: _____	
Esta pessoa mora próximo de mim? ( ) sim ( ) não	
Endereço: _____ N.º: _____	
Complemento: _____ Bairro: _____	
Ponto de referência: _____	
CEP: _____ Cidade: _____	
Estado: _____ Telefone: _____ Celular: _____	
Eu necessito de cuidados para o dia-a-dia? ( ) sim ( ) não	
Obs.: _____	

Fonte: Brasil, 2006

Outros itens da caderneta que merecem atenção se referem a uma série de tabelas e listagens a serem preenchidas para acompanhamento do quadro de saúde do indivíduo, como a tabela de avaliação da “minha saúde”:

**Figura 3 – Caderneta de saúde da pessoa idosa, itens 6 e 9**

<b>6. EM GERAL, EU DIRIA QUE A MINHA SAÚDE É:</b>						
Data	Categoria					
	Muito boa	Boa	Regular	Ruim	Muito Ruim	
<b>9. OUTRAS INFORMAÇÕES IMPORTANTES</b>						
<b>9.1. Internações</b>						
Ano						
Número de	1 <sup>a</sup> sem.	2005	2006	2007	2008	2009
Internações	2 <sup>a</sup> sem.					2010
						2011
<b>9.2. Ocorrência de quedas</b>						
Ano						
Número de	1 <sup>a</sup> sem.	2005	2006	2007	2008	2009
quedas	2 <sup>a</sup> sem.					2010
						2011

Fonte: Brasil, 2006

Aqui já podemos notar, para além do controle dos hábitos, uma interpelação ao idoso para que ele avalie sua condição de saúde, enquadrando-se em cinco categorias pré-definidas, como podemos observar no item 6: “muito boa”; “boa”; “regular”; “ruim”; “muito ruim”. Outro campo para preenchimento está disponibilizado em forma de lista de identificação dos “meus problemas atuais de saúde”, assim como a lista dos “medicamentos que estou usando”, com as respectivas dosagem e quantidade de uso diário, o que incita a percepção pelo idoso de sua saúde como deficiente, relacionando-a com problemas e, assim, medicalizando a própria vida. A lógica de medicalização tem continuidade na caderneta, como se pode observar na Figura 3, quando se solicitam “outras informações importantes”, como “número de internações”, “ocorrência de quedas”, em uma dinâmica de mapeamento cronológico da vida do sujeito voltada ao controle.

Seguindo a mesma lógica de “falar pelo idoso”, na Figura 4 são listadas “coisas que eu não posso esquecer”.

**Figura 4 – Caderneta de saúde da pessoa idosa, item 10**

<b>10. COISAS QUE EU NÃO POSSO ESQUECER</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• SEMPRE CARREGAR A MINHA CADERNETA COMIGO PRINCIPALMENTE QUANDO EU FOR AO SERVIÇO DE SAÚDE.</li><li>• CONVERSAR COM O PROFISSIONAL DE SAÚDE, TIRAR MINHAS DÚVIDAS E PEDIR ORIENTAÇÃO.</li><li>• TOMAR AS MINHAS VACINAS.</li><li>• MANTER, SEMPRE QUE POSSÍVEL, MINHA VIDA SOCIAL ATIVA, PRATICANDO EXERCÍCIOS, PARTICIPANDO DE REUNIÕES FAMILIARES E AMIGOS.</li><li>• COMER ALIMENTOS SAUDÁVEIS.</li><li>• EVITAR CIGARRO E BEBIDAS ALCOÓLICAS.</li><li>• MINHA ATIVIDADE SEXUAL NÃO TEMINA AOS 60 ANOS. LOGO, DEVO ME PREVENIR DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS. O USO DE PRESERVATIVOS É A MELHOR FORMA DE PREVENÇÃO. A PREVENÇÃO É UM ATO DE AMOR E CUIDADO POR SI E PELO COMPANHEIRO.</li><li>• SOLICITAR AO PROFISSIONAL DE SAÚDE QUE MANTENHA MINHA CADERNETA SEMPRE ATUALIZADA.</li></ul>

Fonte: Brasil, 2006

Nesse item, salta à vista um processo de padronização: é como se todos os idosos tivessem necessidades, desejos e possibilidades iguais, em um discurso que ignora diferenças entre os sujeitos, suas histórias e particularidades. Assim é que se percebem investimentos de generalização e homogeneização do idoso, o que exclui os sujeitos que não correspondem ao que foi estabelecido como norma. Ao assumir essa lógica, o sujeito se esforça para corresponder ao que dele é esperado, ou, diante da impossibilidade, acaba se assumindo desviante, responsabilizando-se pelo “fracasso”.

A caderneta também contém informações sobre o período de vacinação contra algumas doenças, como gripe, difteria, tétano, pneumonia e febre amarela. Há uma tabela a ser preenchida com “informações sobre a vacina a ser aplicada”: data, lote, dose, unidade de saúde (US) e assinatura (Ass). Se já se nota que o idoso foi desapropriado, conforme discutimos até aqui, em um nível discursivo, tal desapropriação ganha maior concretude quando a caderneta pode ser preenchida por outro sujeito, considerado apto para isso - no caso, o próprio profissional de saúde.

Finalizando o livreto, na contracapa, consta uma marca do Sistema Único de Saúde (SUS), logotipo do Ministério da Saúde e, acima, a assertiva: “envelhecer com saúde é um direito de cidadania”. Ressaltamos essa afirmativa final como uma contradição em relação às funções implícitas exercidas pela caderneta. A cidadania, no caso, é reduzida a uma estratégia de convencimento, podendo inclusive substituir o prontuário e, na medida em que o sistema ainda não é unificado, passa então a responsabilizar

o idoso por seu próprio cuidado, bem como pela guarda dos dados relativos à saúde, os quais o Estado ainda não conseguiu incorporar às redes de atenção à saúde.

Essas são as estratégias de exercício de poder percebidas ao analisar a *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. Vale ressaltar que o Ministério da Saúde considera esse material uma ferramenta fundamental no trabalho em saúde e o disponibiliza no site a ele vinculado, o Portal da Saúde. Além disso, a caderneta é amplamente mencionada em outros materiais, como nos manuais técnicos.

Há incitações e interdições nos discursos do material analisado que produzem saberes e, não raro, exercem influência no processo de subjetivação dos sujeitos implicados, devido ao crédito dado ao saber técnico-científico na sociedade atual, participando do que Foucault chamou de “regimes de verdade”. Segundo o filósofo:

Cada sociedade tem seus regimes de verdade, sua “política geral” da verdade, isto é, os tipos de discurso que ela aceita e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros ou falsos, a maneira como se sancionam uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para a obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm a função de dizer o que funciona como verdadeiro. (Foucault, 1979, p. 12)

Assim, sob uma perspectiva foucaultiana, a caderneta se mostra como mais um dispositivo de exercício de poder, no qual o corpo e a vida do idoso são registrados e controlados por outro sujeito, aquele que fala e “intervém” a partir do saber médico, aquele a quem é atribuído o direito de saber sobre o corpo e de controlar mais que as taxas fisiológicas, também as atividades, os passos, a subjetividade, a vida do idoso. Esse material pode ser visto, então, como um dos “dispositivos disciplinares” que registra, esquadinha, classifica, vigia e controla os sujeitos que dele dispõem. A ênfase nesses processos faz parte da estratégia do biopoder, que incide sobre o corpo e a vida desses sujeitos, alvos de investimentos de discursos reconhecidos como verdadeiros por nossa sociedade.

## Considerações finais

Neste artigo foi feita uma análise, utilizando ferramentas foucaultianas, sobre construções de discursos referentes à velhice, educação e saúde na *Caderneta de saúde da pessoa idosa*, material produzido pelo Ministério da Saúde do Brasil para registro de informações pessoais e fisiológicas do idoso, utilizada por profissionais de saúde para acompanhar e controlar o estado de saúde dessa população. Foi possível perceber o discurso disciplinador e normalizante; a caderneta mostra-se como um dos dispositivos disciplinares que regista, esquadinha, classifica, vigia e controla os sujeitos que dela dispõem, fazendo assim parte da estratégia do biopoder, que incide sobre o corpo e a vida desses sujeitos, alvos de investimentos de discursos reconhecidos como verdadeiros por nossa sociedade. Foucault, entendendo a disciplina como uma forma de exercício de poder, aponta como uma de suas estratégias fundamentais o registro permanente dos dados sobre os indivíduos (Foucault, 1979, 1988, 1995).

A contradição que aparece nos discursos da caderneta pode ser entendida como uma estratégia para adesão à sua proposta: por um lado, é disseminada a ideia de valorização dos idosos, de independência, autonomia, empoderamento, cidadania etc.; ao mesmo tempo, os espaços de fala e ação, os modos de ser e de viver desse sujeito são direcionados e, por vezes, delegados a outros, os quais sustentam discursos do saber-poder que respaldam e legitimam a prescrição comportamental, o controle, a (auto)vigilância, a confissão, enfim, a sujeição implícita do sujeito envelhecido.

Tais discursos, materializados na caderneta analisada, acabam responsabilizando e culpabilizando o idoso por suas mazelas, mascarando a falta da infraestrutura que deveria ser garantida por direito, como acesso aos serviços básicos de saúde, educação, habitação, transporte, trabalho etc. Esse outro deslocamento, da ênfase na intervenção estatal para a responsabilização do sujeito por seu estado de saúde, pode ser entendido pela perspectiva político-econômica neoliberal vigente na sociedade contemporânea, que incentiva, partindo da lógica do mercado privado, a minimização das responsabilidades e dos gastos governamentais,

transferindo-os para a população. Assim, esses materiais estão implicados nos modos de pensar, sentir e agir dos idosos, podendo ser entendidos como tecnologias do exercício do poder investidas sobre esses sujeitos.

Apesar de este artigo ter focado na *Caderneta de saúde da pessoa idosa*, é importante ressaltar que outros materiais, com diferentes estratégias de apresentação e intervenção, como cartazes, fólder, vídeos e também relatórios e manuais técnicos produzidos e distribuídos nos espaços de intervenção de educação, prevenção e promoção de saúde, compõem as tecnologias de exercício do poder investidas nos indivíduos e nas populações, sobre corpos e subjetividades. Trata-se de materiais com diferentes configurações, temáticas e focos de atuação, que transmitem discursos reconhecidos e legitimados socialmente como verdadeiros, dentre eles, determinados saberes acerca da velhice e do processo de envelhecimento.

Partindo-se do entendimento foucaultiano de poder como algo relacional, materializado em suas dimensões micro e macro, infiltrando-se nas redes de relações entre sujeitos, não se pode concluir que tais materiais irão imprimir nas pessoas uma sentença fechada, definitiva, de como ser e estar no mundo. Assim, considera-se importante pensá-los como uma possibilidade dentre tantas e ter em vista, igualmente, suas múltiplas leituras, abertas para a invenção de outras formas de entendê-los, utilizá-los e interagir com eles, ou mesmo para a criação de outros materiais, com utilização diferente em outros espaços. Considerando, ainda, que as identidades são dinâmicas, complexas, em constante deslocamento, abre-se espaço para a diversidade de formas de apropriação dessas produções e sua incorporação ao cotidiano dos idosos, assim como para novos discursos, para novas possibilidades de pensar, agir, relacionar-se consigo e com os outros, de ser e de viver.

Vale ressaltar que as discussões suscitadas se mostraram produtivas para pensar questões referentes à educação, saúde e velhice sob uma ótica pós-estruturalista, e que não buscamos neste estudo “a magia das soluções” ou “a revelação da verdade mais verdadeira”, como diz Fischer (2012, p. 142), sinalizando para o papel do pesquisador em uma perspectiva foucaultiana. Nossa contribuição

para os impasses vividos no campo da educação e da comunicação se assentou no pensamento do filósofo francês sobre o papel da crítica, de “desentocar o pensamento” e mostrar que “as coisas não são tão evidentes quanto se crê”, critica esta “indispensável para qualquer transformação” (Foucault, 2006, p. 180).

Assim, acreditamos ser esta uma importante reflexão para problematizar os discursos prontos, as soluções fechadas, as verdades científicas; ainda na intenção de ensaiar perspectivas de mudança, é preciso considerar que uma mesma proposta, iniciativa ou programa pode gerar diferentes circunstâncias e efeitos, de acordo com as relações de poder que os atravessam e a maneira como estas são geridas pelos sujeitos. Daí a importância, em conformidade com Carvalho e Gastaldo (2008), de discutir criticamente novas formas de pensar e fazer em saúde, no papel produtivo e potencialmente libertário das lutas de resistência às relações de poder que oprimem indivíduos e coletividades. Cabe reforçar que o próprio caráter difuso das relações de poder abre espaço, como já sugerido, para construções de estratégias alternativas às formas de subjetivação vigentes. Tal reflexão se mostra importante para pensar as relações presentes no cotidiano das práticas individuais e coletivas em saúde, as quais também constituem a subjetividade dos indivíduos e apresentam sempre brechas para inventar e cogerir novos processos, promotores da saúde dos indivíduos e das populações.

## Referências

BARBOSA, C. R. M. *Saúde, qualidade de vida e envelhecimento: a inclusão do homem idoso em programas para terceira idade.* 2003. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2003.

BRASIL. Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994. Dispõe sobre a política nacional do idoso, cria o Conselho Nacional do Idoso e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 5 jan. 1994. Disponível em: <<https://goo.gl/PMAZav>>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Decreto nº 1.948, de 3 de julho de 1996. Regulamenta a Lei nº 8.842, de 4 de janeiro de 1994, que dispõe sobre a Política Nacional do

Idoso, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, 4 jul. 1996. Seção 1, p. 12277. Disponível em: <<https://goo.gl/xH1Qhy>>. Acesso em: 30 out. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. Brasília, DF, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Caderneta de saúde da pessoa idosa*. 4. ed. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://goo.gl/5mvcBW>>. Acesso em: 14 ago. 2017.

CARVALHO, S. R.; GASTALDO, D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. *Ciências & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 13, p. 2029-2040, 2008. Suplemento 2.

CASTIEL, L. D.; DARDET, C. A. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

CASTRO, E. *Vocabulário de Foucault: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores*. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

COUTO, A. L. A.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Reflexões acerca do discurso científico sobre o envelhecer. *Série Documenta*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 14-15, p. 147-160, 2003-2004.

DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, 2009.

FISCHER, R. M. B. *Trabalhar com Foucault: arqueologia de uma paixão*. Belo Horizonte: Autêntica, 2012.

FOUCAULT, M. *Microfísica do poder*. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

FOUCAULT, M. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1987.

FOUCAULT, M. *História da sexualidade I: a vontade de saber*. 11. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1988.

- FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H. L.; RABINOW, P. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.
- FOUCAULT, M. *Ditos e escritos II: arqueologia das ciências e história dos sistemas de pensamento*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000.
- FOUCAULT, M. A ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: \_\_\_\_\_. *Ditos e escritos V: ética, sexualidade e política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. p. 264-287.
- FOUCAULT, M. Est-il donc important de penser? In: \_\_\_\_\_. *Dits et écrits IV (1980-1988)*. Paris: Gallimard, 2006. p. 178-182.
- GASTALDO, D. Is health education good for you? Rethinking health education through the concept of bio-power. In: PETERSEN, A.; BUNTON, R. *Foucault, health and medicine*. London: Routledge, 1997. p. 113-132.
- HADDAD, E. G. M. Notas sobre a história dos direitos da velhice no Brasil. *Prisma Jurídico*, São Paulo, n. 2, p. 107-118, 2003. Disponível em: <<https://goo.gl/JJekHw>>. Acesso em: 30 out. 2017.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *IBGE: população brasileira envelhece em ritmo acelerado*. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <<https://goo.gl/CsnLJZ>>. Acesso em: 9 nov. 2015.
- IBGE - INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Mudança demográfica no Brasil no início do século XXI: subsídios para as projeções da população*. Rio de Janeiro, 2015. (Série Estudos e Análises: Informação Demográfica e Socioeconômica, n. 3). Disponível em: <<https://goo.gl/AEDsWt>>. Acesso em: 9 nov. 2015.
- NERI, A. L.; FREIRE, S. A. (Org.). *E por falar em boa velhice*. Campinas: Papirus, 2000.
- NOVAES, M. H. *Psicologia da 3ª idade: conquistas possíveis e rupturas necessárias*. Rio de Janeiro: Grypho, 1995.
- PAZ, S. F. Movimentos sociais: participação dos idosos. In: GOLDMAN, S. N. et al. (Org.). *Tempo de envelhecer: percursos e dimensões psicossociais*. 2. ed. Holambra: Setembro, 2006. p. 229-256.
- PRIMEIRA CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: <<https://goo.gl/72YihK>>. Acesso em: 30 out. 2017.
- SANTOS, F. C.; DAMICO, J. G. S. O mal-estar na velhice como construção social. *Pensar a Prática*, Goiânia, v. 12, n. 1, 2009.
- SWAIN, T. N. Velha? Eu? Auto-retrato de uma feminista. In: RAGO, M.; VEIGA-NETO, A. (Org.). *Figuras de Foucault*. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2008. p. 261-270.
- SWAIN, T. N. Au-delà de l'âge: pour une esthétique de soi. *Labrys: estudos feministas*, Santa Catarina, n. 17, jan./jun. 2010. Disponível em: <<https://goo.gl/pExUfq>>. Acesso em: 23 nov. 2017.
- TEIXEIRA, M.; LACERDA, A. Grupos de apoio social como estratégia da promoção da saúde no campo do envelhecimento. *Série Documenta*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 14-15, p. 217-235, 2003-2004.
- VEIGA-NETO, A. As idades do corpo: (material)idades, (divers)idades, (corporal)idades, (ident)idades. In: AZEVEDO, J. C. et al. (Org.). *Utopia e democracia na educação cidadã*. Porto Alegre: Editora da Universidade, 2000. p. 215-234.
- VEIGA-NETO, A. *Foucault & a educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.
- VEIGA-NETO, A.; LOPES, M. C. Inclusão como dominação do outro pelo mesmo. *Pedagogía y Saberes*, Bogotá, DC, n. 36, p. 57-68, 2012. Disponível em: <<https://goo.gl/P3707d>>. Acesso em: 30 out. 2017.

### Contribuição dos autores

Fernandes Paulino e Siqueira conceberam o projeto de pesquisa. Fernandes Paulino foi responsável pela revisão bibliográfica, levantamento e análise dos dados. Fernandes Paulino, Siqueira e Figueiredo redigiram o artigo e contribuíram para a análise e interpretação dos dados e sua revisão crítica.

Recebido: 21/03/2016

Reapresentado: 26/08/2017

Aprovado: 22/09/2017