


## Em busca do diálogo do controle social sobre o estilo de vida



AGUINALDO GONÇALVES

GRUPO DE SAÚDE COLETIVA,  
EPIDEMIOLOGIA E ATIVIDADE FÍSICA  
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA  
UNIVERSIDADE DE ESTADUAL DE CAMPINAS

### Resumo



A expressão estilo de vida tem sido amplamente utilizada nas últimas décadas significando as opções pessoais referentes a hábitos e costumes, com ênfase em seus aspectos negativos à Saúde e em sua natureza e responsabilidade individual. Numerosas e perversas são as decorrências desse equívoco, intencional ou não, como a culpabilização da vítima e o enxugamento da ação do Estado em políticas públicas. A presente comunicação busca recuperar, expressar e clarear algumas dessas questões básicas, contrapondo-lhe a adoção do movimento popular do controle social.

## **Estilo de vida: cortina de fumaça das condições de vida?**

As necessidades básicas para a subsistência, tais como habitação, saneamento e outros fatores ambientais, garantidas diretamente mediante o nível dos rendimentos das pessoas e indiretamente por políticas públicas que asseguram a distribuição de serviços coletivos entre a população, constituem seu modo de vida (Dutz & Rocha, 2002).

Assim posta, a expressão se articula com outras duas, condições de vida e estilo de vida, igualmente referentes a decorrências sociais da dinâmica da produção, circulação e consumo de bens. A primeira delas corresponde aos numerosos determinantes e condicionantes gerais da vida da sociedade como um todo, enquanto os processos particulares dos diferentes grupos e suas relações com os outros constituem as *condições de vida* e, por último, as singularidades inerentes à pessoa e a pequenos grupos, como a família e a roda de amigos, a habitação e seu entorno, o local de trabalho, seus hábitos, normas e valores, correspondem ao *estilo de vida* (Buss, 2002). Esta maneira de interpretar tais questões subjacentes ao conceito de *qualidade de vida* parece interessante porque situa realisticamente o que aqui se contempla.



Com efeito, surgida em circunstâncias primeiro-mundistas, a concepção de estilo de vida tem prosperado fortemente nos círculos oficiais e ortodoxos da Saúde Pública de nosso continente americano, identificada como estratégia para combate às doenças crônico-degenerativas; no entanto, numerosos autores, entre nós, vêm se empenhando em revelar equívocos e armadilhas aí subjacentes. A presente comunicação busca recuperar, expressar e clarear alguns pontos desta trajetória, contrapondo-lhe a adoção mais ampla do movimento popular do controle social.



De fato, a alocação de estilo de vida no escopo da determinação da relação saúde – doença – intervenção pode ser identificada como decorrência do pensamento pós-moderno, aquele que, desenvolvendo-se a partir dos anos 70, vem substituir o estruturalismo das décadas anteriores. Vale dizer, nessa época, já não se trata da hegemonia econômica do materialismo histórico-dialético, mas passa-se ao democratismo intelectual da ação individual, do respeito às diferenças, sejam sociais, afetivas, sexuais ou étnicas.

Lacaz (2001) recupera com muita erudição e ampla fundamentação o que vai ocorrendo no interior desse movimento de inflexão: lembra que, neste contexto, torna-se necessário reconhecer as singularidades das minorias, da mulher, do negro, do homossexual e, ao fazê-lo, reforçam-se os discursos classistas anteriores, destacamente feministas e racistas. O fato assim descrito lembra aquele velho princípio do “dividir para governar”, i.e., aqui o capitalismo, não figurativamente, atomiza para sobreviver e “englobar”. Em síntese, fica claro que, epistemologicamente, aceitar a responsabilização das pessoas na gênese das condições e agravos de saúde significa alinhar-se às formas citadas de pensar e agir em sociedade. Esta “fragmentação do sujeito”, “antiuniversalismo” e “particularismo” são negadas, no entanto, pelas próprias características da sociedade atual, conclui o autor.

Siqueira et al. (2003) explicitam melhor este ponto. Ao tipificarem a origem e expansão do sistema político-econômico de nossos dias, a globalização corporativa neoliberal, que se espalhou pelo mundo a partir do imperialismo norte-americano, pelo argumento sintetizado no acróstico feminino “Tina” (de “there is no alternative”) identificam a reação da sociedade civil planetária, gerando a globalização dos movimentos sociais contra as suas quatro principais agressões contemporâneas : i) a poluição ambiental crescente; ii) o cresci-



mento acelerado da pobreza; iii) a volatilidade e instabilidade financeira e iv) a erosão de democracia dos poderes nacionais constituídos. Este novo modelo de movimento social é uma imensa rede que tem como característica a também abreviatura em Inglês SPIN - Segmentary, polycentric and integrated network -. Inclui eventos como o Fórum Social Global, realizado por três vezes em Porto Alegre, a rebelião dos zapatistas no Sul do México em 1994 e as “batalhas” de Seattle e Quebec, respectivamente em 1999 e 2001, entre outras, que consistiram nos repetidos protestos durante reuniões da Organização Mundial do Comércio, Fundo Monetário Internacional e do Banco Mundial.

Na realidade, as concepções que aqui se procura refazer se articulam na direção de dimensionar a reflexão e a práxis da Saúde Coletiva em torno, como expressa Minayo (2001) em texto antológico, da disjuntiva estrutura versus sujeitos, ou, nos mesmos termos, determinismo frente a ameaça do protagonismo. Com efeito, no debate travado a propósito da referida publicação, como recurso dialogal do periódico, Navarro Stotz situa estilos de vida saudáveis como “hábitos pessoais discretos e independentemente modificáveis, com a força da evidência do senso comum, quer dizer, da compreensão da sociedade como resultado das crenças, decisões e ações dos indivíduos que pertencem a ela”, apontando aí o risco da cortina de fumaça de enfraquecimento da responsabilidade das correspondentes políticas públicas: no limite, está em causa, por conseguinte, a possibilidade de o foco no individualismo como motor da decisão sanitária e da morbimortalidade nacional justificar a redução do tamanho do Estado a patamares jamais vistos, sequer em países ditos modelares do sistema global contemporâneo, como Estados Unidos e Inglaterra, onde os gastos públicos com áreas sociais estratégicas da saúde e educação têm sido estimadamente superiores ao dobro do verificado entre nós (Dawbor, 1999).

No mesmo evento, Moreira da Costa adverte para a face anti-ética da atribuição da doença a comportamentos não saudáveis, a qual já denunciámos igualmente em publicações anteriores (v.g. Gonçalves & Pires, 1999): a culpabilização da vítima.

Caracterizando o empenho pela mudança em favor da abolição de hábitos danosos à saúde cada vez mais reconhecido como ambigüidade para proteger e/ou negligenciar as más condições de vida da contemporaneidade, Carvalheiro (2003) indica três conjuntos expressivos de fatos: por um lado, há a referência à “bioética do cotidiano” do paradigmático Giovanni Berlinguer; a seguir, há a descrição de:

*(...) soldados americanos, deitados em posição de combate, armados até os dentes e cobertos por nuvens de fumaça de explosões. Um tenente admoesta o subalterno e determina que apague imediatamente o cigarro, “para não transformar todos aqui em fumantes passivos” (...).*

Para completar a trilogia, há, ainda no texto, menção à proposta de constituir um Fundo Especial de Pesquisa em Saúde, sobretaxando bebidas alcoólicas e tabaco: o autor lembra que, além do mais, esses dois não são os únicos vilões da dívida sanitária, recordando outros, como combustíveis fósseis e agrotóxicos! Ora, ironias à parte, o que está sendo lembrado é que, embora constituam indicadores de estilo de vida, não interessa aos dirigentes estatais, e a quem do sistema económico internacional eles representam, bloquear o consumo dos produtos mencionados por último. Nada se lhes afigura, portanto, mais oportunístico e lucrativo que reforçar os custos dos hábitos apodados como danosos à saúde decorrentes das opções ditas individuais e intransferíveis!



## **O Controle Social, em direção à superação das iniquidades**

Em pertinência, cresce de modo bastante intenso, entre os agentes de mudanças sociais e os formadores de opinião, a convicção de que os governos estão empenhados mais na preservação do que na criação, na gestão do que na inovação, no econômico que no social. Com efeito, percebe-se já claramente que nossas sociedades pretérita e recente revelam não só a ação das elites na construção de um estado autoprotetor, mas também - e desoladoramente- a absorção, no seu interior, das correntes populares evolutivamente contestatórias à defesa da manutenção dos valores e procedimentos políticos já consolidados (Oliveira,2003).

Esta trajetória pode encontrar diferentes explicações, desde a partir da tese de que vivemos a fase que decretou a extinção da História (Fukuyama,1992), até a daqueles que encontram aqui, efetivamente, mais uma decorrência da globalização da economia, caracterizada pela morte dos nacionalismos e hegemonia da moeda e decisões das corporações transnacionais (Dupas,2001).

Mais amplamente, porém, tão imperioso quanto entender possíveis causas é buscar recursos de superar - ou ao menos mitigar fortemente- as assimetrias entre diferentes pessoas e grupos sociais, as quais se instalaram e perpetuaram por conta da referida conduta política.

Na realidade, trata-se de evidência desde há muito conhecida, vivida e sofrida no interior do setor Saúde, entre nós. Já na década de 80 - para não ir muito longe e nem buscar muita complexidade - Fischmann & Guimarães (1986) mostraram diferencial significativo do risco de morrer entre populações não faveladas e faveladas de mesma cidade: Porto Alegre, no caso, apresentava taxas de mortalidade infantil, neonatal e infantil tardia, respectivamente, de 12,6 %, 66,4%





e 33,6% para o primeiro grupo e 163,4%0, 41% e 58,6% para o outro, bem como nosologia totalmente diferenciada: no primeiro caso predominavam os óbitos por afecções originadas no período neonatal e, no segundo, por pneumonia e gripe.

A própria Organização Panamericana da Saúde (OPAS,2001) não só reconheceu situações expressivas na região das Américas e Caribe, mas também propugna enfaticamente por mudanças setoriais a respeito, ao clamar pela ação efetiva de seus países membros contra iniquidades continentais, conceituando estas como desigualdades qualificadas como injustas e evitáveis. Também a Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva, a sociedade científica do campo da Saúde no país, ao marcar posição em que a agenda da Reforma Sanitária Brasileira não está esgotada, situa a construção da equidade como a primeira prioridade setorial para o século XXI (Abrasco,2002).

Trafegando no arduamente construído deslocamento do alternativo para a hegemonia, como diria Vasconcelos (2001) ao contextualizar as ações da Educação Popular em Saúde, a contrafacção que se constrói no Brasil a respeito é o controle social, i.e., movimento coletivo organizado visando a atuação direta dos diferentes grupos populacionais sobre as decisões que lhes dizem respeito. Na realidade, várias conotações demarcam esta concepção e prática. Segundo a XII Conferência Nacional de Saúde, o Controle Social em Saúde é o eixo que está na centralidade das agendas de discussão de pelo menos mais nove questões basilares à Saúde Pública contemporânea, desde a privatização e enxugamento da seguridade social até a intersetorialidade e a gestão participativa.

Estas duas dimensões, na medida em que se voltam ao atingimento de uma cultura de descentralização de poder, na qual não só a execução, mas também o planejamento e as decisões estratégicas são afeitas às instâncias de base (Noronha,



2003), são as que mais diretamente se relacionam à consecução da Qualidade de Vida e do Estilo de Vida Saudável e não o esforço individual isolado, como, já pontuado, tantos julgam e defendem.

Nesta perspectiva, o planejador, particularmente o especialista que atua na formulação de políticas públicas deixa de ser o detentor do conhecimento adequado na melhoria da saúde das populações, para, disponibilizando sua competência específica, ser o facilitador das transformações perquiridas e operadas por seus protagonistas. Eis aqui mudança qualitativa de perfil de atuação semelhante àquela que Mair (1982), há mais de duas décadas, descreveu em relação ao antropólogo, que estava abandonando a postura de fornecer decisões, em favor de melhor conhecer as dificuldades dos grupos com que travava contato profissional.

No Brasil o controle social vem se efetivando através de colegiados diretivos a partir do nível federal, onde se erege no Conselho Nacional de Saúde, e se reproduz nos planos municipal, estadual e local em todas as unidades federativas, através dos conselhos constituídos por representantes das várias categorias profissionais do setor, de grupos de pressão, de produtores culturais, das organizações de servir, enfim dos segmentos organizados da sociedade. Nesses órgãos são tomadas as decisões políticas e setoriais mais ampla da cotidianeidade da respectiva área de abrangência, na perspectiva de que, a partir dessa experiência democrática, instaurem-se novas relações técnicas e sociais solidárias e emancipatórias (Paim & Almeida Filho, 1998). Trata-se, assim, da concretização das aspirações mais pioneiras e legítimas da Reforma Sanitária Brasileira, que foram sucessivamente se definindo até assumir sua realidade institucional no interior da Lei 8142 de 1990, que dispõe sobre participação da comunidade no Sistema Único de Saúde, conforme lembra Lima (2001).



Situado o controle social na referida centralidade, cabe, agora, dimensioná-lo na questão da Qualidade de Vida, enquanto conquista coletiva. Vale dizer, em outros termos, que, uma vez assumidos os reconhecimentos aqui construídos sobre o mesmo, trata-se de estimular o trânsito de sua prática em direção à Qualidade de Vida.

### Referências bibliográficas

ABRASCO, 2001 . AGENDA REITERADA E RENOVADA DA REFORMA SANITÁRIA BRASILEIRA. *SAÚDE EM DEBATE*, 26(62): 327-331.

BUSS, P. M., 2002 . PROMOÇÃO DA SAÚDE DA FAMÍLIA. *REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE DA FAMÍLIA, BRASÍLIA*, 2(6): 50-60.

CARVALHEIRO, J. R., 2003. PESTICIDA NÃO É UMA ARMA QUÍMICA E BUSCH NÃO É MEU AMIGO, MAS MERECEM RESPEITO. *BOLETIM ABRASCO*: 87:12-13.

DAWBOR, L., 1999. CONDIÇÕES DE SAÚDE E QUALIDADE DE VIDA NA CIDADE. *ANAIS DO VI CONGRESSO PAULISTA SAÚDE PÚBLICA 17-22, ÁGUAS DE LINDÓIA, SÃO PAULO*.

DUPAS, G., 2001. IDENTIDADE, GOVERNABILIDADE E INTEGRAÇÃO SOB A LÓGICA GLOBAL. *NOVOS ESTUDOS CEBRAP* 60: 97-108.

DYTZ, J.; ROCHA, S., 2002. O MODO DE VIDA DA MÃE E A SAÚDE INFANTIL. *REVISTA BRASILEIRA DE ENFERMAGEM, BRASÍLIA*, 55(2): 151-156.

FISCHMANN, A . ; GUIMARÃES, J. J., 2002 . RISCO DE MORRER NO PRIMEIRO ANO DE VIDA ENTRE FAVELADOS E NÃO FAVELADOS NO MUNICÍPIO DE PORTO ALEGRE, R.S., BRASIL, EM 1980. *REVISTA SAÚDE PÚBLICA*, 20(3): 219-226.

FUKUYAMA, F., 1992. *O FIM DA HISTÓRIA E O ÚLTIMO HOMEM*. RIO DE JANEIRO; Rocco.

GONÇALVES, A.; PIRES, G. L., 1999. EDUCAÇÃO FÍSICA E SAÚDE. *MOTRIZ*, 5(1): 15-17.

LACAZ, F. A . C., 2001. O SUJEITO N(D)A SAÚDE COLETIVA E PÓS-MODERNISMO. *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 6(1): 233-242.

LIMA, J. C., 2001. REPRESENTATIVIDADE E PARTICIPAÇÃO DAS BASES NA CATEGORIA DOS USUÁRIOS DE UM CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE. *SAÚDE E DEBATE*, RIO DE JANEIRO, 25(59):19-39.

MAIR, L., 1982. *INTRODUÇÃO À ANTROPOLOGIA SOCIAL*. RIO DE JANEIRO; ZAHAR.

MINAYO, M. C. S., 2001. ESTRUTURA E SUJEITO, DETERMINISMO E PROTAGONISMO HISTÓRICO: UMA REFLEXÃO SOBRE A PRÁXIS DA SAÚDE COLETIVA . *CIÊNCIA & SAÚDE COLETIVA*, 6(1): 7-19.

NORONHA, A .B., 2003. COMPREENDENDO O TEMÁRIO DA CONFERÊNCIA. *RADIS COMUNICAÇÃO EM SAÚDE* 12: 10-11.

OLIVEIRA, F., 2003. *CRÍTICA À RAZÃO DUALISTA: O ORNITORRINCO*. SÃO PAULO; BOITEMPO.

OPAS, 2001. MEDICIÓN DE DESIGUALDADES EN SALUD. *BOLETIN EPIDEMIOLÓGICO/ ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD* 22(1): 3-4.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N., 1998. SAÚDE COLETIVA: UMA “NOVA SAÚDE PÚBLICA” OU CAMPO ABERTO A NOVOS PARADIGMAS? *REVISTA DE SAÚDE PÚBLICA*, 32(4): 299-316.

SIQUEIRA, C. E.; CASTRO, H.; ARAÚJO, T. M. A, 2003. GLOBALIZAÇÃO DOS MOVIMENTOS SOCIAIS: RESPOSTA SOCIAL À GLOBALIZAÇÃO CORPORATIVA NEOLIBERAL. *CIÊNCIA E SAÚDE COLETIVA*, 8(4): 847-858.