

INTRODUÇÃO

RAZÕES DE SAÚDE E POLÍTICA DO CORPO

MANUELA IVONE CUNHA E JEAN-YVES DURAND

Na vida quotidiana, invocar “razões de saúde” permite justificar uma ausência, explicar um comportamento de ruptura em relação a expectativas sociais ou a determinados compromissos, conseguir que tal comportamento seja olhado com complacência e aceite. “Razões” são neste caso causas ou constrangimentos incontrolláveis e cuja força faz com que os seus efeitos sejam inevitáveis apesar da acção racional ou, pelo menos, autónoma de um indivíduo, da activação consciente – mais ou menos orientada por modelos culturais – das suas faculdades mentais. Neste segundo aspecto, encontra-se o outro significado comum da palavra “razão”, e a tensão entre estas duas vertentes da mesma noção é constitutiva do eixo principal deste volume¹.

Não obstante, a saúde é cada vez mais encarada não como o estado normal – “mudo” – do organismo, mas como um resultado trabalhado de um investimento activo no corpo, no *self* e na relação de ambos com o meio através de uma proliferação de práticas: sistemas de alimentação, consumos de fármacos e outras substâncias, espiritualidades, estilos de vida, variavelmente combinados em composições pessoais criativas. A tónica terapêutica clássica sobre a doença desloca-se assim para um enfoque na prevenção, melhoria e até superação dos limites do corpo em termos performativos, funcionais, estéticos (Lopes 2010: 24). Neste sentido, a saúde não só implicaria uma administração pessoal através da monitorização e auto-regulação orientadas para a preservação do *status quo* sanitário, como se avizinharia, no limite, de um investimento narcísico no corpo (Collin, 2007: 143) que já pouco parece ter a ver

¹ A anteceder-lo estive a conferência “Razões de saúde: sociedade e administração do corpo”, realizada em Lisboa, no ISCTE, em 9 de Julho de 2010.

com “razões de saúde” no sentido clássico, e em que esta não surge senão, quanto muito, como um seu subproduto. Este esbatimento de fronteiras na reconfiguração contemporânea da gestão do corpo e da pessoa vai de par com outros, como aquele que se produz entre o campo terapêutico e o alimentar, o processado e o “natural” – estendido que está o espectro do natural através de inovações biotecnológicas como por exemplo os alimentos funcionais ou nutracêuticos. É assim que, independentemente da persistência de dicotomias ou clivagens representacionais entre as categorias de “químico” e “natural”, “farmacológico” e “não farmacológico”, “medicamento” e “alimento”, se verifica um cada vez maior ecletismo nos padrões de consumo, ecletismo este participando da tendência contemporânea para a pluralização das ideologias e práticas terapêuticas analisada por Noémia Lopes (2010), isto é, a combinação de recursos de natureza diversa na gestão dos quotidianos de saúde (Lopes 2010: 13-14). Quer a reflexividade que a caracteriza, marcada pela apropriação leiga do conhecimento pericial e pelo escrutínio da sua adequabilidade à luz da experiência pessoal (Giddens 1991, 1992), quer a própria diversificação das opções que se colocam aos actores, alargam as margens de autonomia individual nesta gestão. As novas formas de agencialidade que aqui se evidenciam não se contêm, porém, nesta recomposição no universo da saúde, mas relevam de outras mais amplas na relação com diversas tutelas, poderes institucionais e o Estado.

No reverso deste quadro, quer envolva indivíduos ou populações inteiras, a doença por seu turno tende a figurar em noções correntes como um estado de crise, e as respostas institucionalizadas a ela tendem, em consonância, a sublinhar o carácter excepcional de um período de tempo anormal. Estando nelas implicados processos de decisão moldados por percepções, constrangimentos e necessidades específicos, por vezes tais respostas põem em causa direitos fundamentais e limitam a autonomia individual, impondo regras e práticas tais como a imunização de massa, nem sempre consensual: na biopolítica como noutros campos sociais, a crise pode tornar-se um poderoso vector legitimador. Mas afecções crónicas e casos em que a presença de novas doenças se torna permanente geram outras reacções, tornando fluidos os limites entre crise e cronicidade. Outros limites ainda tornam-se fluidos quando tal crise contém e espelha, ela mesma, aspectos culturalmente

desejáveis da sociedade em que ocorre, mas levados ao seu expoente máximo, como na desordem bipolar (Martin 2007) e na anorexia (ver Martins neste volume). Comportamentos e farmacologias podem ver-se então orientados para uma administração do corpo em linha com tais aspirações ou simplesmente protagonizados por indivíduos que cada vez mais chamam a si a gestão da saúde, da doença e do risco.

A etnografia de práticas terapêuticas e da administração do corpo, desde as opções vacinais à gestão pessoal de medicamentos, drogas e alimentos, passando pela gestão de algo tão intangível e elusivo como o sono, procurará pôr em evidência tendências que atravessam as sociedades contemporâneas. Se há campo onde se levanta de maneira crítica a questão da autonomia e da agencialidade na gestão da doença e na administração do corpo, esse campo é o da automedicação, pois que ela põe em causa a dependência face à autoridade médica. Diversamente de uma noção de autonomia invocada para exprimir apenas a liberdade de consentir ou recusar um tratamento proposto por um médico, trata-se aqui de o sujeito administrar ele mesmo um tratamento a si próprio. Na inversão da tradição clínica e da sua autoridade, a autonomia do doente insere-se, portanto, não apenas no quadro da sua supervisão pelos médicos, mas também fora de qualquer consulta médica. Focando o contexto francês, Sylvie Fainzang põe aqui em evidência o sentido e a função desta prática para os actores, sentido e função esses que não são enquadráveis no modo como o campo discursivo em torno da automedicação se encontra organizado à partida nas duas posições antagónicas que protagonizam o debate: os médicos, que a rejeitam vendo nela um perigo médico para os doentes e um desrespeito pela sua competência, e as autoridades públicas, que passaram a recomendá-la mas, sobretudo, numa lógica económica. O recurso ao armário doméstico é porém excluído e objecto de uma demonização que contraria o reconhecimento da competência dos doentes e questiona portanto as bases da sua autonomia. Contudo, além das razões de ordem prática e económica, no que toca aos doentes é por vezes um sentimento de ineficácia quanto ao recurso a um profissional ou à incompetência deste que os leva a tratarem-se a si próprios. É, por conseguinte, na sequência de uma experiência desapontante com a instituição médica que a opção pela automedicação se verifica, conferindo assim uma dimensão não só prática mas também política à autonomia do sujeito. Por isso, se o

recurso à automedicação envolve as relações com os medicamentos e com o corpo, envolve também as relações com a instituição médica e os profissionais de saúde, e caracteriza-se tanto por uma escolha terapêutica como por um comportamento político em que o sujeito se afirma imbuído de uma autonomia que vai para lá daquela que lhe é concedida pelas autoridades públicas ou profissionais. Este ponto encontra aliás eco no processo em que tomaram corpo as opções não-vacinais analisadas neste volume por Manuela Ivone Cunha e Jean-Yves Durand, um percurso de que fizeram parte as experiências concretas dos pais com os representantes das instituições biomédicas e em que a dissensão surgiu menos como uma posição de partida do que um ponto de chegada, menos como inscrita num trajecto solitário do que na dinâmica de uma relação.

É de um outro prisma que Luís Fernandes põe em relevo a persistente dupla face do *pharmakon* enquanto remédio e veneno consoante o contexto do seu uso, o qual por sua vez é susceptível de definir o estatuto de quem o usa: “remédio” se nas mãos do médico, “droga” se à solta no mercado negro; o adicto a um produto de rua é um “drogado”, aquele adicto a um produto obtido na relação médica é um “paciente”. Esta partição foi-se instalando historicamente com a patologização do psicotropismo e a expropriação por parte do Estado do direito a dispor de si, interditando-se os usos leigos das drogas que a farmacologia ia sintetizando, usos esses que, como o autor sublinha, relevavam muitas vezes duma vontade de agir sobre si e sobre as próprias condições existenciais.

Focando as drogas como lugar de cruzamento dos sistemas de controlo médico-psicológico e jurídico-moral, Luís Fernandes analisa os mecanismos sócio-históricos implicados na construção do problema-droga e como na gestão desse problema pelo regime fármaco-legal os indivíduos vão deixando de ser sujeitos para se verem confinados ao lugar de objectos – objectos não só de tratamento, mas de discurso. Como o coloca Luís Fernandes, o “toxicodependente” é portanto vitimado duas vezes: primeiro pela via das drogas que redundou na adicção, depois pela da doença, que o declarava incapaz. Tal não impede a ambiguidade que marca tal “doença”, dados tanto os ingredientes punitivos que permeiam a instância terapêutica, como o carácter terapêutico que assume a instância punitiva, ambos ilustrados a partir do contexto

português. A posição passiva associada a um tal estatuto de doente e dependente só seria alterada com as abordagens que vieram relevar os aspectos sócio-sanitários do fenómeno e com os movimentos de utilizadores de drogas que conduziram ao surgimento das políticas de redução de riscos. Esta diferença de perspectiva exprimir-se-á de resto, no mesmo passo, na passagem da figura do “toxicodependente” à do “utilizador de drogas”.

A partir de uma perspectiva interdisciplinar cruzando a psicologia e as ciências sociais, Ana Cristina Martins põe em evidência a lógica dos paradoxos encerrados na anorexia nervosa e na dependência de drogas enquanto formas de administração do corpo que se afirmam como fenómeno juvenil nas sociedades ocidentais a partir dos anos 1960. Se estas condutas se definem por uma relação autodestrutiva com o corpo, indicam, por outro lado, uma procura activa de adaptação individual na transição para a idade adulta – a modelagem de um corpo ou a sintonização de um estado de espírito em consonância com modelos culturalmente desejáveis. A compulsão das restrições alimentares e do uso de drogas na adolescência constroem-se na busca de autodeterminação, de individuação e de autonomia, valores estes que, ao mesmo tempo, identificam culturalmente a modernidade e caracterizam o processo de tornar-se adulto de acordo com as definições culturais desta etapa do ciclo de vida. Nas sociedades pós-industriais onde predominam as noções de risco e incerteza e onde parece propor-se ao indivíduo não um modelo normativo de vida mas um outro em que a tónica é colocada na liberdade de escolha, os requisitos que o capacitam para essa transição podem ser especialmente exigentes. A anorexia e a dependência de drogas respondem a estas exigências na forma de um paradoxo. Como sublinha a autora, é possível em ambas ler na transgressão um acto de conformismo, e no exagero do ímpeto conformista uma transgressão; uma dependência pode fornecer uma ilusão de independência e, no mesmo passo, reforçar a dependência original.

Os paradoxos estão também no centro da questão do sono analisada aqui por Emily Martin, pois ele consiste numa condição que só é alcançada se deixarmos de nos concentrar no desejo de a obter, que apenas pode ser conseguida não através do autocontrolo, mas unicamente quando abdicamos dele. No que toca à administração do corpo, nada está tão mais fora do alcance das forças combinadas do desejo e da agen-

cialidade, mas tal paradoxo é vivido, de forma especialmente aguda, nos cenários sociais contemporâneos, em parte porque o facto de se encarar experiências e estados de espírito como bens de consumo os colocou à mão do poder de compra dos indivíduos. A tentativa de transformar o sono numa mercadoria que se pode adquirir, numa actividade que pode ser optimizada de acordo com as exigências da produtividade e da globalização, transformou-o num complexo projecto de gestão que requer atenção, disciplina e diferentes tecnologias. Neste projecto mobilizaram-se cientistas e indústrias para controlar tanto o seu ambiente interno (por via dos fármacos, ainda que o objecto culturalmente perseguido seja o “sono natural”), como externo (por via da indústria da colchoaria e outros acessórios). A tentativa incessante de capturar e gerir algo que se mantém arredo do nosso controlo directo é potencialmente ainda mais vã e ansiogénica quando, como refere a autora, a organização social para as oito horas de sono, estabelecida pelos pioneiros da organização laboral, se tornou agora responsabilidade individual. Esta responsabilidade exige vigilância pessoal sobre alimentos, comportamentos e estados psíquicos, como sejam o *stress*. O derradeiro paradoxo reside porém no facto de o sono, uma vez identificado aos olhos da sociedade e do indivíduo como um problema a ser gerido, se tornar precisamente impossível de gerir. Se o poder é a capacidade de produzir efeitos, então o sono é a mais indomável das condutas.

Cristiana Bastos explora outras lógicas de controlo na gestão dos processos corporais, mais propriamente aquelas que se exprimem nas produções simbólicas que o universo cognitivo da ciência partilha com outros mais profanos – e políticos. Se a era dos germes e da bacteriologia pareciam pôr fim à doença como uma categoria moral que se prestava a todos os estigmas, vindo agora atribuí-la à mera acção de seres microscópicos sem Razão nem volição e portanto moralmente inimputáveis, nem por isso as produções cognitivas desta nova era deixaram de repercutir modelos culturais e tensões sociais. No léxico, nas metáforas, na imagética para as doenças infecciosas utilizados pelos próprios cientistas sobressai agora a lógica da guerra, que é assim transportada para os fenómenos orgânicos e naturalizada. Em lugar de neutra e inocente, a linguagem da ciência carrega, afinal, um excesso de significados sociais. Esta militarização do corpo, esta biologia imaginária em que a vida funciona segundo a lógica dos exércitos,

nasce na própria história e não na ficção científica. Procedendo a uma arqueologia do presente e da modernidade tardia, a autora mostra que na base da gestão científica dos processos corporais se encontra um regime de saber/poder onde se desenvolve a conquista militarizada, a expansão colonial e a consolidação fortificada da fronteira. Remontando aos contextos da medicina colonial em que tomaram forma os modelos de conhecimento para pensar as infecções, evidencia-se como se cimentou este nexos, mas mostra-se também como não se limita a ele o contrabando entre as práticas fortificadas do poder e as descrições do corpo e dos agentes patogénicos. Inclui-se nele ainda uma ideologia de separação e fronteira que se exporta do campo político para o da saúde, e ali ficará disponível para depois ser reimportada para a esfera política numa linguagem orgânica – a qual, no mesmo passo, a naturaliza e valida numa lógica biomédica. A economia global nem por isso subverte esta ideologia, a qual pode até ver-se exacerbada quando, como o coloca Cristiana Bastos, os imigrantes e os estranhos passam por inimigos tóxicos e invasores contra quem há que montar guarda. Além de acolher e incorporar tensões sociais, a biomedicina também devolve portanto à sociedade as referências em que essas tensões se formulam e potenciam ao sabor dos tempos.

A vacinação foi alvo destas mesmas lógicas (Winslow, 1943; Martin, 1990; 1994) enquanto técnica de segurança de eleição nas políticas sanitárias dos Estados modernos para lidar com epidemias e doenças infecciosas². Além de imposta ou patrocinada pelo Estado, como um dos meios privilegiados de gestão de saúde pública através da implementação de planos nacionais de vacinação³, tal técnica – e a infra-estrutura que a acompanha – globalizou-se a uma escala sem precedentes, sobretudo desde que a Organização Mundial de Saúde lançou, em 1974, o Expanded Programme on Immunization. Não parou desde então de crescer o leque de vectores de insegurança tratáveis ou preveníveis através de técnicas de imunização, para lá do clássico sexteto integrando os alvos dos programas nacionais de vacinação, comumente conhecidos

² Analisando os mecanismos de poder, Foucault (2004) veria na vacinação um dos elementos a sinalizar a passagem de uma “sociedade disciplinar” para uma sociedade de “controles reguladores” e uma prática de governação (ver com mais detalhe Cunha 2007 e Saavedra neste volume).

³ Em Portugal começou a vigorar um Plano Nacional de Vacinação em 1965.

por difteria, papeira, tosse convulsa, poliomielite, tétano, tuberculose. Porém, à luz da história e das evoluções contemporâneas, seria apressado quer resumir este bem-sucedido trajecto na narrativa simples do advento da Razão, quer ver no Estado o único portador dessa racionalidade triunfante que se encarregaria de governar e regulamentar o corpo dando prioridade ao interesse colectivo sobre o individual. É assim que Anne-Marie Moulin analisa neste volume um ponto de viragem na saga vacinal, inflexão essa resultante tanto de avanços na ciência como de transformações nas atitudes do público face à vacinação.

A questão das vacinas começa por complexificar-se quando o próprio perfil destas se desmultiplicou numa série de alvos que não apenas as infecções agudas, destinando-se também a afecções crónicas ou visando, por exemplo, uma acção antitumoral ou anticoncepcional, fins esses que redefinem o próprio sentido da vacinação e a equiparam a outros tipos de intervenções de saúde. Mas mesmo atendo-nos ao perfil tradicional das vacinas de rotina, o modelo da vacinação universal assente no paradigma clássico da variolização vê-se hoje posto em causa não só pela instabilidade das condições geopolíticas necessárias para viabilizar o princípio de erradicação que o acompanha, como pela emergência de agentes patogénicos desconhecidos ou “rejuvenescidos” – pois também eles não são alvos passivos da acção humana e evoluem. Daí que as vacinas não possam mais ir ao encontro das expectativas desproporcionadas que viam nelas a panaceia para prevenir todas as doenças infecciosas, e que o projecto optimista e securizante de uma erradicação projectada no futuro ceda progressivamente lugar a um esquema realista de vigilância e monitorização de doenças ancorado num presente em alerta e orientado para uma eficaz capacidade de resposta num futuro imediato. Note-se, a este propósito, que este tipo de inflexão na gestão da saúde pública não deixa de encontrar um paralelo nas disposições relativas à gestão individual da saúde reveladas neste volume por alguns dos entrevistados por Cunha e Durand.

Além disso, como refere Anne-Marie Moulin, um maior conhecimento quanto à diversidade dos organismos e sistemas imunitários individuais não só levou a considerar de um novo ângulo a estratégia da manipulação do sistema imunitário colectivo ou imunidade de grupo, como despertou interrogações suplementares sobre a validade e os riscos das imunizações em massa. Embora globalmente defensáveis,

em termos de saúde pública, tais estratégias não levam em conta essas diferenças individuais, individualidade essa que se acentua quando é considerada a evolução do sistema imunitário ao longo do ciclo de vida. A história contemporânea da vacinação leva assim Moulin a concluir que a Razão que continua a assistir à razão vacinal tem hoje um outro rosto e que a reivindicação de uma “governança” sanitária aponta agora para uma mudança de escala, passando das sociedades para os grupos e os indivíduos – e trazendo nessa mudança de escala a ideia de níveis intermédios de decisão e concertação.

A diversificação na paisagem da ciência e da política das vacinas que passou assim a contemplar aspirações a uma imunização mais personalizada acompanha-se também de uma diversificação das atitudes sociais face à vacinação. Estas assumem hoje uma variedade de formas, sobretudo nas sociedades euro-americanas, onde há muito se verificam altos índices de cobertura vacinal e um consenso amplo em torno das vacinas. Este consenso tem, porém, vindo a ser posto à prova não só por parte de grupos com filosofias de vida alternativistas ou perspectivas religiosas particulares, mas também por transformações na relação ciência-sociedade e na confiança nos sistemas periciais, no Estado e nas instituições globais (Streefland *et al.*, 1999; Streefland, 2001; Poltorak, Fairhead e Leach, 2004). No quadro de um projecto de investigação etnográfica financiado pela Fundação para a Ciência e Tecnologia⁴, procurou-se precisamente identificar o espectro de variação nas práticas e percepções de imunização em diferentes contextos e examinar os sentidos e as experiências na base da aceitabilidade social das vacinas tal como eles emergem no âmbito da vacinação de rotina, isto é, integrada nos serviços de saúde correntes e administrada pelo Estado de acordo com uma calendarização pré-estabelecida no ciclo de vida.

Algumas brechas ou matizes particulares no consenso vacinal em Portugal são à partida identificáveis com determinadas categorias ou cenas sociais, como as comunidades ciganas abordadas aqui por Maria José Casa-Nova, ou os adeptos de sistemas de alimentação alternativos como a macrobiótica, focados neste volume por Virgínia Calado. Assim é porque as atitudes de tais categorias face à vacinação – sejam ou não

⁴ Projecto “A vacinação. Sociedade e administração do corpo: abordagens antropológicas”, coordenado por Manuela Ivone Cunha (PTDC/ANT/71637/2006).

uniformemente partilhadas no interior de cada grupo –, são informadas por sistemas de ideias relativamente coesos acerca do corpo e da saúde, ou por estratégias simbólicas relativamente específicas ao grupo. No caso da macrobiótica, ela consiste não apenas numa prática alimentar, mas num sistema de orientação no mundo com implicações na percepção do corpo e da pessoa, da doença e da saúde que apresentam entre si relações de coerência densa, mesmo quando o conteúdo de alguns dos elementos que ele mobiliza possa não ser exclusivo deste esquema de percepção ou comunicar com outros universos, inclusive com o da biomedicina. Tal sistema de orientação enquadra, também, práticas defensivas que procuram preservar o corpo do contacto com substâncias consideradas tóxicas e susceptíveis de alterar negativamente o organismo – como sejam, nessa mesma perspectiva, as vacinas, as quais deveriam ser evitadas por exporem o organismo a agentes que o debilitariam. O facto de este sistema de ideias e práticas poder assumir uma acentuada feição alternativista no modo de vida de alguns indivíduos exponencia a atenção que suscitam por vezes a agentes do Estado as suas opções não vacinais, a ponto de serem desencadeados a seu propósito tortuosos processos judiciais que levam ao extremo a questão dos limites da autonomia individual e do poder do Estado.

No caso das comunidades ciganas estudadas por Maria José Casa-Nova, tanto as opções pela vacinação como pela não vacinação assumem especificidades e dinâmicas que não são redutíveis à inserção de classe e convocam a etnicidade para a sua leitura. Um esquívamento vacinal, associado a noções culturais de imunização natural tem vindo nos últimos anos a perder saliência face a um investimento no corpo e na saúde como forma de preservar o capital matrimonial num universo de escolha limitado pela etnicidade – e de com isso garantir a futura inclusão plena no grupo. Além das vacinas fazerem parte deste projecto, ao prevenirem doenças que, de acordo com definições locais, diminuiriam esse capital em termos estéticos e funcionais, prestam-se também a estratégias de distinção simbólica no interior do grupo por testemunharem, nessas lógicas, a pertença a uma modernidade a que outros membros não teriam ainda acedido.

Além destas formas relativamente definidas de relação com a vacinação, emerge agora uma tendência transversal focada aqui por Manuela Ivone Cunha e Jean-Yves Durand, imersa em tendências estruturais

mais vastas. A sua análise é informada pela noção de *aceitabilidade* das vacinas e por uma perspectiva que nessa linha considera a aceitação e a não-aceitação vacinal como duas faces de um mesmo fenómeno, requerendo, portanto, uma leitura que se ajuste a ambas de maneira coerente. Trata-se de uma forma de dissensão – expressa em objecção, resistência activa ou hesitação ponderada – cujo sentido é dado menos pelo quadro de leitura do risco, que se revelou uma categoria relevante, porém insuficiente, mas situando os indivíduos em questão como sujeitos políticos. É assim que se apresentam num padrão coerente as perspectivas, condutas e práticas ensaiadas por estes pais tanto no âmbito da saúde, como no da educação e da escolarização, da economia e noutros ainda, onde protagonizam uma agencialidade mais activa face a variadas tutelas, instâncias burocráticas ou cartografias clássicas de comunicação – e com isso ensaiam um outro quadro de participação política em vários domínios. A relação com as instituições biomédicas é apenas um deles e a relação com a vacinação não mais do que um dos seus aspectos no âmbito biomédico. Estas mudanças no envolvimento com a vacinação em Portugal caminham, portanto, lado a lado com formas emergentes de uma cidadania mais assertiva que desafiam um poder regulador estatal sobre o corpo e a pessoa vivido como demasiado autoritário, distante e opaco.

Encontrando-se a vacinação no coração das relações de poder e autoridade entre o Estado, a ciência e os cidadãos (Moulin 1996, 2007), então esta forma de dissensão é coerente com a forma de consenso caracterizada neste volume por Mónica Saavedra, pois constrói-se segundo as mesmas linhas na sua simetria.

Considerado a um nível mais específico, um tal consenso em que as vacinas estão naturalizadas como parte do processo de “cuidar dos filhos” não implica homogeneidade – a qual tão-pouco caracteriza a dissensão quando focada ao mesmo nível. Examinando a dinâmica desta “normalização” num conjunto de centros de saúde, Mónica Saavedra mostra, sob a uniformidade aparente do discurso, a diversidade das condutas práticas de adesão e dos significados atribuídos ao discurso oficial das vacinas que os utentes fazem seu. Não deixando de relevar da hegemonia, é uma hegemonia dinâmica, pois é um processo permanentemente recriado na interacção de diversos agentes e múltiplas condições, irregularidades, conveniências e prioridades pessoais. No

entanto, esta negociação prática não é articulada como crítica nem põe em causa a aquiescência passiva perante a vacinação em si, pelo que o consenso decorre menos de uma adesão activa à sua lógica do que de instrumentos de controlo, registo e monitorização dispersos na sociedade.

Criticando o uso indiscriminado da noção de “resistência” e de conceitos aparentados em muitas investigações antropológicas, num artigo inspirado em parte por um conhecido texto de Marshall Sahlins (1993), Michael Brown interpreta esta tendência como um resultado da atenção crescente por parte dos intelectuais, desiludidos com as grandes narrativas revolucionárias, às nuances políticas da vida quotidiana: “A partir do momento em que o pessoal é redefinido como político, as estratégias quotidianas de sobrevivência dos nossos interlocutores podem ser reconstituídas como formas de rebelião subtil (Brown 1996: 729, tradução nossa)⁵. Atribuir a qualidade de “resistência” aos mais triviais comportamentos serviria então de autojustificação moral por parte de investigadores procurando convencer-se de que a observação de minúsculos pormenores etnográficos tem na realidade uma alta importância cidadã. Não cabe discutir aqui a justeza de uma crítica e a validade de uma noção, que tem sido aliás entretanto parcialmente substituída pela de “agencialidade”, mais abrangente. Mas discernir a fragmentação interna dos processos de hegemonia que são as políticas públicas de vacinação e apontar para a variedade e a trans-socialidade das reacções que suscitam (ilustradas, além dos exemplos tratados aqui, por recentes fortes movimentos de recusa – como o que aconteceu em França no Inverno de 2009-2010, durante a campanha contra o vírus H1N1) ajuda, tal como os outros contextos abordados neste volume, a documentar um momento marcado por traços novos. Sobretudo nas sociedades euro-americanas, são agora óbvias as tendências de contestação, por parte dos indivíduos, de certas instâncias de dominação e de subjugação – enquanto outras, porventura mais determinantes, não são sempre identificadas ou criticadas com semelhante vigor. Tal acontece precisamente quando as dinâmicas do controlo e os meios técnicos da

⁵ “Once the personal is redefined as political, the everyday survival strategies of our interlocutors can be reconstituted as subtle forms of subaltern rebellion” (Brown 1996: 729).

sua implementação nunca foram tão desenvolvidos e tão susceptíveis de ainda mais desenvolvimentos. Neste contexto, observar o quadro desenhado pelas políticas de vacinação e as suas contestações (sobretudo de certas vacinas e de certas maneiras de as administrar, mais do que da generalidade do princípio vacinal) leva a salientar a relevância da ideia de “aceitabilidade” em vez do pressuposto de oposição a um poder, inerente a uma “resistência”. A progressiva instituição de níveis intermédios de decisão e concertação entre ciência e sociedade mostra que, como o sugere Anne-Marie Moulin, com a vacinação, a Razão está numa encruzilhada e começa a dar lugar a uma pluralidade de “razões de saúde”.

Referências Bibliográficas

- BECK, Ulrich (1992) [1986], *Risk Society: Towards a New Modernity*. Londres: Sage.
- BROWN, Michael (1996), “On Resisting Resistance” in *American Anthropologist*, New Series, vol. 98, n.º 4: pp. 729-735.
- COLLIN, Johanne (2007), “Du silence des organes au souci de soi. Médicament et reconfiguration de la notion de prévention” in ROSSI, Ilario (ed.), *Prévoir et prédire la maladie*, pp. 139-151. Ed. Aux lieux d’être
- CUNHA, Manuela P. da (2008), “Disciplina, Controlo, Segurança: No Rasto Contemporâneo de Foucault”, in FRÓIS, Catarina (org.), *A Sociedade Vigilante: Ensaio sobre Privacidade, Identificação e Vigilância*, pp. 67-81. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- FOUCAULT, Michel (2004), *Sécurité, Territoire, Population, Cours au Collège de France, 1977-1978*. Paris: Seuil/Gallimard.
- GIDDENS, Anthony (1991), *Modernity and Self-Identity: Self and Society in Late Modern Age*. Cambridge: Polity Press.
- GIDDENS, Anthony (1992), *As Consequências da Modernidade*. Oeiras: Celta.
- GONÇALVES et al. (orgs.) (2007), *Os Portugueses e os Novos Riscos*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- LOPES, Noémia Mendes (2010), “Consumos Terapêuticos e Pluralismo Terapêutico” in LOPES, N. (org.), *Medicamentos e Pluralismo Terapêutico. Práticas e Lógicas sociais em Mudança*, pp. 19-85. Porto: Afrontamento.
- MARTIN, Emily (1990), “Toward an anthropology of immunology: the body as nation state” in *Medical Anthropology Quarterly*, nova série, 4 (4), pp. 410-426.

- MARTIN, Emily (1994), *Flexible Bodies. The Role of Immunity in American Culture from the Days of Polio to the Age of AIDS*. Boston: Beacon Press.
- MOULIN, Anne-Marie (org.) (1996), *L'aventure de la vaccination*. Paris: Fayard.
- MARTIN, Emily (2007), *Bipolar Expeditions. Mania and Depression in American Culture*. Princeton: Princeton University Press.
- MOULIN, Anne-Marie (2007), "Les vaccins, l'état moderne et les sociétés" in *Médecine/Sciences*, 23, 4, pp. 428-434.
- POLTORAK, Mike, LEACH, Melissa e FAIRHEAD, James (2004), *MMR "choices" in Brighton: understanding public engagement with vaccination science and delivery*. Brighton: Institute of Development Studies.
- SAHLINS, Marshall (1993), *Waiting for Foucault*. Cambridge: Prickly Pear Press.
- STREEFLAND, Pieter, CHOWDURY, A. M. R. e RAMOS-JIMENEZ, Pilar (1999), "Patterns of vaccination acceptance" in *Social Science and Medicine*, 49, pp. 1705-1716.
- STREEFLAND, Pieter (2001), "Public Doubts about Vaccination Safety and Resistance against Vaccination" in *Health Policy*, 55, pp. 159-172.
- WINSLOW, C.E. (1943), *The Conquest of Epidemics Diseases. A Chapter in the History of Ideas*. Princeton: Princeton University Press.