

SOU GORDO, SOU ANORMAL?

Rafael da Silva Mattos¹

Resumo: A pergunta que motivou esse trabalho é: Seria o gordo (o obeso) Anormal? Procuramos elaborar uma discussão a fim de evidenciar que o gordo não é anormal. Por fim, faremos algumas considerações tentando relacionar esse controle do sobrepeso e da obesidade, no século XX, com a introdução de uma nova tecnologia de poder que Foucault chamou de “Biopolítica”. É pertinente pensar que além de diversos mecanismos reguladores citados por Foucault, também há, a partir do século XX, o controle da massa corporal que se estende à população e às massas. Daí o combate a obesidade ter se tornado uma biopolítica, na medida em que a vida, efetivamente, se tornou uma preocupação política. O corpo gordo passa a ser visto como um corpo marcado pela falência moral, e que, portanto, deve ser corrigido, a fim de valorizar a vida.

Palavras-Chaves: Normal – Patológico – Obesidade – Biopolítica

I AM FAT, I AM ABNORMAL?

Abstract: *The question that motivated that paper is: Would the fat person be (the obese) Abnormal? We tried to elaborate a discussion in order to evidence that the fat is not abnormal. Finally, we will make some considerations trying to relate that control of the overweight and of the obesity, in the XX century, with the introduction of a new technology of power that Foucault called "Biopolitic". It is pertinent to think that besides several regulators mechanisms mentioned by Foucault, there is also, starting from the XX century, the control of the corporal mass that extends to the population and the masses. Because of that, the combat to the obesity become a biopolitic, in the same way that the life, indeed, turned itself into a political concern. The fat body passes to be seen as a body marked by the moral failure, and that, therefore, it should be corrected, in order to value the life.*

Key- Words: *Normal – Patologic – Obesity – Biopolitic*

¹ Formado em Licenciatura Plena em Educação Física pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Graduando em Pedagogia da Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Mestrando em Saúde Coletiva do Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

INTRODUÇÃO

Ao escrever o *Normal e o Patológico* em 1943, Georges Canguilhem nos ajuda a compreender que a relação entre saúde e doença não é quantitativa. Canguilhem irá problematizar a idéia, presente em Broussais, Comte, Bernard e outros, de que o patológico era uma mera modificação quantitativa do normal. Para isso, ele escreve a primeira parte do seu trabalho com o título de “Seria o Estado Patológico Apenas uma Modificação Quantitativa do Estado Normal?” A doença, para Canguilhem, é uma nova forma de estar no mundo, logo é uma modificação qualitativa, implicando, portanto, em um valor. O critério quantitativo para diferenciar o normal e o patológico torna-se, portanto, insuficiente.

Canguilhem (2006) também nos mostra que todo fenômeno vital exhibe normatividade. Apenas o que não é vivo não é capaz de produzir normas para si. O ser humano como um ser normativo é capaz de atribuir normas para si sempre que for exigido ambientalmente para isso. Sendo assim, nós modelamos nossas relações com o meio conforme as exigências desse próprio meio. As práticas terapêuticas e, também as práticas corporais, devem, nesse sentido, se concentrar em ampliar a normatividade dos indivíduos.

Canguilhem procura definir as condições de possibilidade de uma individualidade biológica, a partir da experiência da doença, na medida em que analisa criticamente a teoria médica e a biologia, posicionando-se contra o dogma positivista da doença e afirmando a distinção qualitativa entre saúde e doença, entre normal e patológico. O organismo é considerado uma totalidade, enquanto a doença é vista como a expressão de um novo comportamento global do organismo, é criação de uma nova norma (SOARES, CAMARGO JÚNIOR, 2007).

Vale ressaltar que Canguilhem elabora uma crítica a possibilidade de uma saúde perfeita, sem doenças, típica da contemporaneidade. A saúde perfeita, portanto, não passa de um mito (SFEZ, 1996; CARVALHO, 1998). A saúde, para Canguilhem, existe quando um ser vivo possui condições de ficar doente e de novamente ficar são. Só se é saudável quando se pode ficar doente.

Essa crítica à saúde perfeita torna-se relevante nesse trabalho, na medida em que um dos nossos interesses é criticar o modelo de saúde perfeita do sujeito contemporâneo. Modelo este que valoriza um corpo magro, sem erros, sem escoriações, sem falhas, sem imperfeições. Corpo virtual por excelência. Essa obsessão pela saúde e

compulsão pelo corpo “sarado” não amplia a normatividade dos indivíduos, mas cria um constrangimento cada vez maior da normatividade.

A pergunta que motivou esse trabalho é: Seria o gordo (o obeso) Anormal? Procuramos elaborar uma discussão a fim de evidenciar que o gordo não é anormal, mas sim um indivíduo que precisa ampliar sua normatividade para viver uma vida saudável e, talvez, mais isenta das pressões sociais. Nosso interesse concentra-se em discutir a patologização do corpo gordo na contemporaneidade.

Por fim, faremos algumas considerações tentando relacionar esse controle do sobrepeso e da obesidade, a partir do século XX, com a introdução de uma nova tecnologia de poder que Foucault chamou de “*Biopolítica*” em diversos textos, tais como sua aula de 17 de março de 1976 no *Collège de France* e sua obra *História da Sexualidade I (A vontade de saber)*.

Se o biopoder, diferentemente do poder disciplinar, se preocupa com as populações e não mais com os corpos individualizados, é pertinente pensar que além de diversos mecanismos reguladores citados por Foucault (controle da natalidade, controle da fecundidade, controle do meio geográfico, controle do meio hidrográfico, controle das cidades, higiene e saúde pública, etc.) também há, a partir do século XX, o controle da massa corporal que se estende à população e às massas. Daí o combate a obesidade ter se tornado uma biopolítica, na medida em que a vida, efetivamente, se tornou uma preocupação política. A vida tornou-se um alvo privilegiado do poder, e, a partir disso, um objeto de dominação.

Deleuze (1992) também se tornou relevante nessa discussão, na medida em que a *Sociedade de Controle* nos ajuda a pensar essa regulação ininterrupta que sofrem as pessoas obesas. Tal regulação, inclusive, estimulada tanto pela mídia quanto pelo discurso científico, legitima o corpo gordo como um corpo marcado pela falência moral, e que, portanto, deve ser corrigido, modificado e aperfeiçoado.

O normal e o patológico

Para Silva (2005), Canguilhem em *O normal e o patológico* desmonta o dogma, bastante difundido no século XIX, de que haveria uma identidade real dos fenômenos vitais normais e patológicos e que as diferenças entre um estado e outro seriam apenas quantitativas. Dogma esse que, por sinal, influenciou significativamente a medicina e a psicologia.

Putini (2007) afirma que desde o século XIX tomava-se pela designação de patológico uma mera variação quantitativa do normal. É nessa dimensão quantitativa que se autoriza a intervenção médica, principalmente farmacológica, na atividade terapêutica. A racionalidade médica, descrita por Luz (2005), fundamentada no paradigma da biomedicina (medicina moderna ocidental) identifica o corpo como uma máquina composta de peças ou partes articuladas e procura sempre restituir as variações quantitativas do corpo. Tal paradigma não se esgota na prática médica, mas já se perpetuou no campo da Educação Física, pois o corpo, em especial nas academias de musculação, é visto como uma máquina que se conserta aos poucos.

Para Le Breton (2003, 2006), essa comparação do corpo a máquinas é a expressão dos valores da modernidade que foram atribuídos ao corpo. O corpo passou a ser identificado como uma máquina falha, que envelhece e comete erros, precisando, assim, de consertos. O paradigma da medicina moderna trata o corpo como um conjunto de órgãos que precisam ser regulado para não falhar.

Canguilhem escolhe duas abordagens como desconstrução teórica, hegemônicas desde o século XIX: a de Augusto Comte e a de Claude Bernard.

Segundo Canguilhem (2006), Comte, a partir do “Princípio de Broussais”, especula que a doença é uma experimentação instituída pela natureza. Os fenômenos da saúde e da doença coincidem essencialmente, diferindo-se apenas pela intensidade na ação dos estimulantes indispensáveis à conservação da saúde. O patológico, portanto, se manifestaria pelo excesso ou diminuição de algum estímulo.

Na doutrina de Comte, baseada no princípio de Broussais, o interesse se dirige do patológico para o normal, com a finalidade de determinar especulativamente as leis do normal. Canguilhem observa que Comte ao tentar definir o que é normal, refere-se ao conceito de harmonia, que é um conceito qualitativo, estético e moral. Além disso, ao definir o patológico como mais ou menos que o normal, não precisa as noções de excesso e de falta, atribuindo ao normal um valor, de modo que o normal passa a ser normativo, fazendo com que um ideal de perfeição paire sobre essa tentativa de definição positiva (SILVA, 2005).

Bernard também passa a sustentar suas teorias a partir da elaboração de protocolos de experiências e de quantificação de conceitos fisiológicos. A doença seria, para Bernard, uma expressão exagerada ou diminuída de uma função normal. Valorizava-se, em geral, um critério quantitativo para definir as fronteiras do normal e do patológico (CANGUILHEM, 2006).

Afirmar, como Bernard, que a vida é idêntica na saúde e na doença e que só difere em graus, evidencia uma compreensão limitada e até equivocada, pois para Canguilhem um comportamento ou função do organismo pode estar em continuidade com uma função anterior, mas também pode ser uma função totalmente diferente. A doença, para Canguilhem, é uma forma diferente de vida e que não se pode atribuir apenas uma diferença quantitativa entre o estado normal e o estado patológico. A doença é uma mudança qualitativa, pois é um novo valor.

A vida é considerada uma atividade normativa, já que institui normas. “O homem normal é o homem normativo, o ser capaz de instituir novas normas, mesmo orgânicas” (CANGUILHEM, 2006, p. 98). É o ser humano que diz à Medicina o que é normal e, portanto, qual é o ideal de saúde a ser atingido. Ser sadio não significa não apenas ser normal em uma situação determinada, mas ser normativo, pois a saúde é uma margem de tolerância em relação às exigências do meio. Há, portanto, uma normatividade biológica, inerente à vida. A vida é sempre um movimento contínuo de auto-superação e auto-preservação.

Canguilhem (2006) afirma que a doença não é somente desequilíbrio ou desarmonia, mas é também um esforço que a natureza exerce no homem para obter um novo equilíbrio. A doença é, assim, uma reação generalizada com intenção de cura. É exatamente nesse estado patológico do homem que será possível decifrar a saúde.

Não existe fato que seja normal ou patológico em si. A anomalia e a mutação não são, em si mesmas, patológicas. Elas exprimem outras normas de vida possíveis. Se essas normas forem inferiores – quanto à estabilidade, à fecundidade e à variabilidade da vida – às normas específicas anteriores, serão chamadas de patológicas. Se, eventualmente, se revelarem equivalentes – no mesmo meio – ou superiores – em outro meio –, serão chamadas normais. Sua normalidade advirá de sua normatividade. O patológico não é a ausência de norma biológica, é uma norma diferente, mas comparativamente repelida pela vida (CANGUILHEM, 2006, p. 103).

Canguilhem (2006), portanto, está afirmando que uma alteração só poderá ser chamada de patologia se a normatividade do ser vivo estiver diminuída. Caso contrário, o anômalo não pode ser considerado anormal, ou seja, patológico. É exatamente a ampliação ou a diminuição da capacidade de elaborar normas para si que permite diferenciar o normal do patológico.

Seria o gordo anormal?

Segundo Goldenberg e Ramos (2002), em um contexto social e histórico particularmente instável e mutante, no qual os meios tradicionais de produção de identidade (família, religião, política, trabalho, etc.) se encontram enfraquecidos, é possível imaginar que muitos indivíduos ou grupos estejam se apropriando do corpo como um meio de expressão (ou representação) do eu.

O corpo, no século XX e XXI, tornou-se um referencial privilegiado para a construção das identidades pessoais. O que somos e o que devemos ser passou a ser definido a partir de nossos atributos físicos. Estar bem com o próprio corpo deixou de ser uma precondição da excelência política, religiosa ou sentimental para se tornar uma finalidade quase independente (COSTA, 2005).

Nesse sentido, Andrieu (2003, 2007), cada indivíduo passa a utilizar o corpo como um modo de ser, um lugar de inscrição e o meio de expressão privilegiado do Eu. A impossibilidade de transformar as relações sociais, a constatação de um determinismo da reprodução socioeconômica, o fracasso da democratização escolar, as limitações de integração cultural revelam ao sujeito um poder real de ação ilusória. O sujeito desiludido e cansado, segundo Ehrenberg (1998), se volta em direção de seu corpo investindo todas as possibilidades de sua imaginação. Os fracassos sociais e a desilusão com as lutas levaram o sujeito a crer no seu corpo acima de todas as outras coisas.

O corpo invejado, desejado e admirado pelas pessoas é um corpo “trabalhado”, “malhado”, “sarado”, “definido”, um corpo cultivado, que, sob a moral da “boa forma”, surge como marca indicativa de uma certa virtude superior daquele que o possui. A beleza, portanto, adquire um valor, não apenas social, mas também moral. Um corpo coberto de signos distintivos torna-se um capital (GOLDENBERG, 2006).

O corpo é então uma produção social, e isso fica claro ao observarmos que as sociedades são compostas por códigos culturais distintos que prescrevem diferentes tratamentos e usos dos corpos. Uso, esse, que hoje se concentra numa vida centrada na aparência física (VINSONNEAU, 2002).

Vigarello (2005) nos mostra que ocorreu uma verdadeira metamorfose nos corpos ao longo do século XX. Os corpos magros, finos, musculosos e bronzeados conquistaram seu espaço. As marcas deixadas nos corpos pelas atividades físicas (músculos) e pelo banho de sol (bronzeado) tornaram-se atributos fortemente valorizados pelas pessoas. Houve, assim, uma transformação do corpo e a beleza tornou-se uma das principais receitas da juventude. A silhueta esbelta e esportiva, os

membros musculosos e sem gordura localizada tornaram-se ideais de beleza. A cultura de massa (legitimada pelo discurso médico-científico) produz um conjunto de medidas, as quais todos devem se encaixar. Os números que qualificam o corpo, a saúde e a beleza invadem as revistas e a televisão.

Para Fournier (2002), o crescimento das idéias hedonistas participam dessas mudanças nas relações com o corpo, pois para ter boa saúde, é preciso limpar, esculpir e embelezar o corpo. As relações com o corpo se transformam de tal maneira que a expressão da rainha da história da Branca de Neve “*Espelho, espelho meu, existe alguém mais bela do que eu?*”, se socializa entre inúmeras mulheres e homens antes desconhecidos. Todos agora querem sair do anonimato e exibirem seus corpos nus na publicidade, nas praias, nas academias, etc.

Há, nesse sentido, uma gestão da aparência nos processos de individualização do sujeito, na medida em que ele elege seu corpo, isto é, sua aparência como um valor moral. As construções pessoais e coletivas inserem-se, portanto, nas representações contemporâneas das normas de beleza que excluem o gordo, tornando-o marginalizado e estigmatizado (DURET, ROUSSEL, 2003).

Segundo Ortega (2004), criam-se modelos ideais de sujeitos baseados na performance física e estabelecem-se novos parâmetros de mérito e reconhecimento, novos valores com base em regras higiênicas e regimes de ocupação de tempo. As ações individuais são dirigidas a obtenção de melhor forma física, mais longevidade e prolongamento da juventude. O resultado é a constituição de um indivíduo responsável que orienta suas escolhas, comportamentos e estilos de vida para a procura da saúde e do corpo perfeito, isto é, magro, “sarado”.

Surge, portanto, a dicotomia entre os corpos “limpos” e os corpos “sujos”, abordada por Vigarello (1985), que vem ao encontro do juízo de valor atual em torno do obeso. Há uma série de sentidos e valores associados ao obeso como o corpo-sujo, corpo-perdedor, corpo-fracassado, corpo-preguiçoso, enquanto que o magro, “livre” das gorduras, representaria o corpo “limpo”. O corpo gordo, para Fischler (1995), pode ser considerado uma “besta”.

Esse juízo de valor aplicado ao corpo gordo é tão grave que nos remete a uma relação parecida instaurada pelo biopoder, sobre o racismo e o nazismo. Foucault (1999) nos explica que o racismo era a forma de se exercer o poder de matar em um sistema político centrado no biopoder, ou seja, a morte do outro (da raça inferior) é o que permitiria deixar a vida mais sadia, mais pura, eliminando-se as imperfeições. A

eliminação da vida, pelo racismo, portanto, seria permitida, pois representaria a eliminação de um perigo biológico e buscaria o fortalecimento de outro grupo biológico (raça). O nazismo se utiliza desse biopoder para poder matar em busca de uma sociedade pura. O nazismo se auto-proclama o gestor da vida, regulando-a e controlando-a. Poderíamos afirmar, sem grandes pretensões, que a biopolítica que se aplica aos corpos gordos e magros é uma forma de intervenção do biopoder a fim de regulamentar a vida valorizando os corpos magros, como símbolos da vida pura, e eliminando os corpos gordos, como símbolos da falência social e moral.

Pensar o corpo gordo, a partir de Canguilhem, seria pensar um corpo anormal? Há diminuição da normatividade do corpo gordo? Essas questões tornam-se relevantes nesse artigo e precisam ser pensadas, inclusive em outros estudos.

Segundo Carvalho e Martins (2004), a medicina assumiu a definição de saúde como uma normalidade, e a de doença, como uma anormalidade, estabelecendo com a fisiologia uma polaridade entre o normal e o patológico, na qual o indivíduo é ou não é normal de acordo com um padrão ideal de saúde.

Entretanto, para Canguilhem (2006, p. 96-97):

Em certo sentido, pode-se dizer que uma saúde perfeita contínua é um fato anormal. [...] Quando se diz que uma saúde continuamente perfeita é anormal, se expressa o fato de a experiência do ser vivo incluir, de fato, a doença. Anormal quer dizer precisamente inexistente, inobservável. Portanto, isso não passa de outra maneira de dizer que a saúde contínua é uma norma e que uma norma não existe. Nesse sentido abusivo, é evidente que o patológico não é anormal. E é mesmo tão pouco anormal que se pode falar em funções normais de defesa orgânica e de luta contra a doença.

Essa contribuição de Canguilhem nos fornece um subsídio para pensar o obeso, não como anormal, mas como alguém que precisa e pode ampliar sua normatividade. É nessa capacidade de ampliar novas normas para si que a diferença entre uma anomalia (diferença) e anormalidade (patologia) se evidencia. O gordo só pode ser anormalidade se atribuirmos à ausência, ou baixa quantidade, de gordura um valor exclusivo para a saúde.

Nesse sentido, Luz (2005) afirma que há uma utopia da saúde, pois se ressalta, a todo momento, que todos devem e precisam ter saúde. Cada um torna-se o grande responsável pela sua própria saúde. Nesse sentido a saúde torna-se um mandamento, um paradigma universal com efeito normativo. A saúde dita “perfeita”, identificada com a estética, passa a representar uma vitória contra a morte social.

É pensando nessa morte social, que Goldenberg e Ramos (2002) afirmam que os padrões socioculturais, principalmente veiculados pela mídia, difundem e veiculam modelos exclusivos de beleza aos indivíduos. Entretanto, nem todos conseguem se enquadrar nesses modelos e o descontentamento com o corpo cresce de tal forma que os indivíduos “morrem simbolicamente”, na medida em que associam um suposto fracasso corporal (estético) com o fracasso na vida cotidiana, seja ela social, profissional, familiar e, até mesmo, conjugal.

Os sujeitos, para Andrieu (2003, 2007), acreditam que o corpo pode durar graças às inovações tecnológicas da medicina, ou melhor, das biociências. Tudo isso fazendo acreditar aos indivíduos que o culto ao corpo é a finalidade social por excelência. Viagra, vitaminas, lifting, hormônios, implantes, silicones, estereóides anabolizantes e anorexígenos são formas de prolongar a juventude, isto é, eternizar o corpo. O medo do envelhecimento leva os indivíduos a práticas sacrificiais para se ter o corpo da moda. Para esses sujeitos, sempre é lícito sofrer para vencer as lutas estéticas.

Para Bonetti (2004), o modo como o corpo é conhecido dentro da área médica prioriza a forma quantitativa, utilizando-se de parâmetros biológicos para analisar e desconsiderar as subjetividades humanas e as diferenças culturais. Entretanto, perceber, observar e analisar o corpo através de tabelas ou médias, definindo o que é ser normal ou patológico, considerando apenas a dimensão orgânica e desconsiderando a dimensão cultural, é reduzi-lo apenas a uma visão, que não necessariamente é a correta ou a melhor para os indivíduos.

Carvalho e Martins (2004) também concordam com Bonetti (2004), pois entendem que a saúde baseada numa representatividade numérica é esvaziada de sentidos e não permite um aprofundamento nos significados que constituem as várias facetas de um objeto complexo.

Por isso, Canguilhem (2006) afirma que a norma é o fundamento da média, e não a média o fundamento da norma. O normal do ponto de vista estatístico não é o normal como normativo. A mera observação médica ou biológica não nos permite definir com segurança se algo é normal ou patológico. É preciso saber se a normatividade foi diminuída ou constrangida. Aí, portanto, será possível afirmar se há doença.

Se podemos falar em homem normal, determinado pelo fisiologista é porque existem homens normativos, homens para quem é normal romper as normas e criar novas normas. [...] Em resumo, considerar os valores médios das constantes fisiológicas humanas como a expressão de normas coletivas de vida seria apenas dizer que a espécie humana, inventando gêneros de vida,

inventa, ao mesmo tempo, modos de ser fisiológicos. [...] achamos que devemos considerar os conceitos de norma e média como dois conceitos diferentes que nos parece inútil tentar reduzir à unidade por meio da anulação da originalidade do primeiro. Parece-nos que a fisiologia tem mais a fazer do que procurar definir objetivamente o normal: deve reconhecer a normatividade original da vida (CANGUILHEM, 2006, p. 108-132).

Sendo assim, é preciso entender que:

O corpo gordo não é como uma máquina mensurável que ingere e excreta substâncias independentes do ambiente. O corpo é a parte do ambiente em que vive e, como tal se apropria do ambiente a cada momento, interagindo e modificando os processos de transdução de energia. A conceituação de obesidade se coloca justamente nessa inter-relação e, desse modo, é preciso debruçar o olhar sobre o próprio conhecimento, sobre nossa forma de construir conceitos, para melhor entendermos o que está em jogo na construção do conceito de obesidade no que ele traz dessas dicotomias hegemônicas (CARVALHO, MARTINS, 2004, p. 1004).

É preciso, portanto, ir além desse paradigma biomédico e inserir uma compreensão sócio-antropológica e sócio-histórica da doença e do paciente. É preciso, para Luz (2007), se deslocar da ciência cartesiana que se insere no paradigma da causalidade procurando descrever e explicar a partir de “leis universais”. A compreensão da saúde, a partir da normatividade, nos permite descrever e interpretar fenômenos sem a pretensão da verdade, mas sim abrindo a possibilidade de compreender o obeso não como alguém anormal, mas sim como um indivíduo que pode fazer uso de diferentes lógicas terapêuticas portadoras de distintas racionalidades úteis para a ampliação de sua normatividade.

Epidemiologia da obesidade, biopolítica e biopoder

Segundo o ACSM (2003) o excesso de massa corporal é um problema que atinge 33,4% dos americanos. Enquanto milhões de pessoas morrem no mundo, muitos americanos estão morrendo em consequência do excesso de alimentação. O custo anual com saúde tem aumentado em razão das diversas morbidades (hipertensão, câncer, cardiopatias, diabetes mellitus, osteoartrite, entre outras) associadas à obesidade e hoje se encontra próximo aos 140 bilhões de dólares.

Li et al. (2007) em um estudo recente constataram que quase metade dos americanos possuem valores elevados de obesidade abdominal. Também se observam valores elevados na Europa, pois Kapantais *et al.* (2006) ao realizarem o primeiro estudo epidemiológico para averiguar a prevalência de sobrepeso e obesidade na Grécia constataram que 22,5% possuem obesidade e 35,2% possuem sobrepeso

Entretanto, esses valores não são constatados apenas nos países desenvolvidos. Na China, Reynold *et al* (2007) constataram que 24,1% dos homens e 26,1% das mulheres estão com sobrepeso. Sendo que 37,6% das mulheres possuem obesidade abdominal.

A Associação Internacional para o Estudo da Obesidade (IASO), a Força-Tarefa Internacional de Estudo da Obesidade (IOFT) e a Organização Mundial de Saúde (WHO) estimam que haja 1.7 bilhões de pessoas com sobrepeso e obesidade em todo o mundo (DEITEL, 2003).

Na economia brasileira os dados comparativos sobre o sobrepeso/obesidade também vêm demonstrando um aumento considerável entre as décadas de 70 e 90, não diferindo da tendência mundial. A obesidade tem aumentado em todos quartis de renda entre as mulheres do Nordeste e tem declinado para os três quartis mais elevados de renda das mulheres do Sudeste. A obesidade entre as mulheres da região Sudeste apresentou elevação entre aquelas que compõem os 25% mais pobres, passando de 11,6% em 1999 para 15,0% em 1997. Já a obesidade masculina, cresceu em todos os quartis de renda na Região Nordeste e Sudeste entre 1989 e 1997 (MONTEIRO, CONDE, 1999).

A Pesquisa Nacional sobre Saúde e Nutrição de 1989 evidencia que 32% dos adultos brasileiros possuem sobrepeso e 6,8 milhões de indivíduos apresentam obesidade, com predomínio de 70% entre as mulheres. Quando comparados com o Estudo Nacional de Despesa Familiar (1975-1989), percebe-se que houve um aumento de 100% na prevalência de obesidade entre os homens e de 70% entre as mulheres, abrangendo todas as faixas etárias. Na Região Sul, 34% dos homens e 43% das mulheres apresentam sobrepeso, totalizando 5 milhões de indivíduos. Já na Região Sudeste, este número sobe para 10 milhões de indivíduos com sobrepeso e cerca de 3 milhões e meio com obesidade (COUTINHO *et al*, 1991).

Os dados mais atuais da Organização Mundial de Saúde apontam para 40,6% e 11,1% da população brasileira com sobrepeso e obesidade, respectivamente (WHO, 2007).

Entretanto, o que nos propomos aqui não é questionar a existência ou não de uma epidemia de obesidade no mundo, mas sim relacionar esse grande controle do sobrepeso e da obesidade justificado pelos dados estatísticos com a introdução de uma nova tecnologia de poder que Foucault chamou de “Biopolítica”.

Se o biopoder, diferentemente do poder disciplinar, se preocupa com as populações e não mais com os corpos individualizados, é pertinente pensar que além de diversos mecanismos reguladores citados por Foucault (controle da natalidade, controle da fecundidade, controle do meio geográfico, controle do meio hidrográfico, controle das cidades, higiene e saúde pública, etc.) também há, a partir do século XX, o controle da massa corporal. Daí o combate a obesidade ter se tornado uma biopolítica.

Foucault (1995) afirma que seu principal objeto de estudo é o modo pelo qual um ser humano torna-se um sujeito. Os modos de subjetivação ou processos de subjetivação do ser humano correspondem, para Foucault, a maneira pela qual a relação consigo, por meio de um certo número de técnicas e dispositivos, permite que o sujeito se constitua como sujeito de sua própria existência.

Eu gostaria de dizer, antes de mais nada, qual foi o objetivo do meu trabalho nos últimos vinte anos. Não foi analisar o fenômeno do poder nem elaborar os fundamentos de tal análise. Meu objetivo, ao contrário, foi criar uma história dos diferentes modos pelos quais, em nossa cultura, os seres humanos tornaram-se sujeitos (FOUCAULT, 1995, p. 231).

A luta contra a sujeição, contra as formas de subjetivação e submissão, ou seja, aquilo que liga o indivíduo a si mesmo e o submete aos outros é uma grande preocupação para Foucault. Muitos pensam, equivocadamente, que Foucault elegeu o “poder” como seu principal objeto de estudo. Ele desmente isso, ao afirmar que seu principal objeto de estudo é o modo pelo qual um ser humano torna-se um sujeito, conforme citado anteriormente. Entretanto, ele passou a estudar o poder ao perceber que o sujeito é produzido a partir de relações de poder que o perpassam e o atravessam. A formação do sujeito está diretamente relacionada com as relações de poder-saber que se apresentam no corpo.

Foucault (2006a, p. 161-162) afirma: “Minha hipótese é de que o indivíduo não é dado sobre o qual se exerce e esse abate o poder. O indivíduo, com suas características, sua identidade, fixado a si mesmo, é o produto de uma relação de poder que se exerce sobre corpos [...]”.

A vida biológica e a saúde da nação, para Ortega (2004), tornaram-se alvos fundamentais de um poder sobre a vida, num processo denominado de “estatização do biológico”. O biopoder clássico articulava-se numa dupla forma, como uma anátomo-política do corpo, em cuja base estavam os processos de disciplinamento corporal, e como uma biopolítica das populações.

É nesse sentido que para Foucault (1999), o poder disciplinar, portanto, passa, a partir da segunda metade do século XVIII, a ser complementado por uma nova configuração e materialização do poder, a biopolítica, o biopoder. Ao passo que o poder disciplinar se faz sentir nos corpos dos indivíduos, o biopoder aplica-se em suas vidas. Enquanto a disciplina promove a individualização dos corpos, o biopoder acarreta uma massificação, tendo em vista que ele se dirige não aos indivíduos isolados, mas à população. Os efeitos do biopoder se fazem sentir sempre em processos de conjunto, coletivos e globais:

Ora, durante a segunda metade do século XVIII, eu creio que se vê aparecer algo de novo, que é uma outra tecnologia de poder, não disciplinar dessa feita. Uma tecnologia de poder que não exclui a primeira, que não exclui a técnica disciplinar, mas que a embute, que a integra, que a modifica parcialmente e que, sobretudo, vai utilizá-la implantando-se de certo modo nela, e incrustando-se efetivamente graças a essa técnica disciplinar prévia. Essa nova técnica não suprime a técnica disciplinar simplesmente porque é de outro nível, está noutra escala, tem outra superfície de suporte e é auxiliada por instrumentos totalmente diferentes. [...] Depois da anátomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já é uma anátomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma 'biopolítica' da espécie humana" (FOUCAULT, 1999, p. 289).

Quero propor, a partir dos estudos de Foucault, que a massa corporal se tornou um campo de intervenção do poder e também um campo de extração de saber, logo, um campo de intervenção do biopoder. Controlar a massa corporal da população com o objetivo de "fazer viver" é uma tecnologia específica de poder chamada biopolítica.

Se a biopolítica definia seu campo de intervenção de poder, segundo Foucault (1985, 1999), no controle da natalidade, na mortalidade, da fecundidade, e outros, agora podemos afirmar que a biopolítica, que se dirige as massas e não aos corpos individuais, busca controlar a quantidade de gordura existente no corpo da população. Ser gordo não é somente um problema estético ou social, ser gordo constitui-se num problema político, isto é, numa forma de dominação. O que quero dizer é que "Império da Magreza Contra-Ataca", e legitimado por uma biopolítica da obesidade, diminui a potência da vida, diminui a existência humana, na medida em que produz verdades e modula as subjetividades.

Foucault (1999) argumenta que o racismo é a forma de exercer o poder de matar em um sistema político centrado no biopoder. A morte do outro (raça inferior), como no nazismo, se justificaria ao deixar a vida mais sadia, mais pura e refinada, eliminando-se

as imperfeições. A eliminação da vida, pelo racismo, seria permitida, pois representaria a eliminação de um perigo biológico, buscando, assim, o fortalecimento de outro grupo biológico (raça). Utilizo, portanto, a mesma argumentação de Foucault para dizer que a partir do século XX a morte do outro (gordo/obeso) se justificaria, através de uma estratégia biopolítica, a fim de tornar a vida mais pura, eliminando, portanto, as imperfeições. O gordo é convocado, através de mecanismos que regulamentam o homem-espécie, a mudar de vida. Caso contrário, será eliminado pelos “homens bons” (magros, sarados).

Podemos, portanto, afirmar que o conjunto de mecanismos regulamentadores da população, junto aos já antigos mecanismos disciplinares do corpo, atuam e interferem na relação saúde e massa corporal. Esta tem sido objeto de controle e intervenção, na medida em que se constituiu no século XX uma biopolítica que também se direciona a esse fim. A preocupação em ser gordo ou ser magro não é meramente individual, ou apenas fruto da pressão midiática, mas um efeito do biopoder sobre as massas, as populações.

O sujeito obeso, portanto, passou a ser controlado ininterruptamente. Se na Sociedade Disciplinar o sujeito era adestrado, vigiado, domesticado e esquadrihado nas instituições, hoje ele é controlado em todos os locais. Foucault nos ajuda a entender isso com a categoria “biopolítica” e seu conjunto de biopoderes, mas Deleuze (1992) aprofunda a questão ao afirmar que hoje vivemos numa *Sociedade de Controle*. Essa nova configuração deseja produzir e controlar a vida da população por meio de medidas e de estatísticas. Os espaços de confinamento onde os dispositivos disciplinares produziam os corpos dóceis entraram em crise.

Deleuze (1992, p. 220), portanto, afirma que “Encontramo-nos numa crise generalizada de todos os meios de confinamento, prisão, hospital, fábrica, escola, família. [...] mas todos sabem que essas instituições estão condenadas, num prazo mais ou menos longo [...]. São as Sociedades de Controle que estão substituindo as Sociedades Disciplinares”. Nessa nova sociedade (de Controle), todos os lugares são moduladores de subjetividade. O sujeito nunca está completo em si. A vida sempre está falha e incompleta, precisando ser regulada. O gordo sempre precisa lutar, travar uma guerra cotidiana em prol da vida, do homem-espécie. O controle é sempre contínuo e ininterrupto sobre a necessidade de emagrecimento.

Nesse sentido, Soares Neto (2005) afirma que a ação concreta e restritiva de uma medicina como polícia sanitária perdeu força no século XX e XXI, na medida em que as

normas são muito mais impostas pelo cultivo de ideais estimulados pela publicidade e pelos meios de comunicação. Os indivíduos são os próprios agentes de regras, consciente ou inconscientemente, de saúde e de beleza. Por isso, Foucault (1985, 2006b), afirma que o poder não é externo, repressor ou violento, mas produtor de subjetividades, isto é, produtor do próprio sujeito. O poder produz desejos, condutas e comportamentos.

É nesse sentido que Andrieu (2003, 2007) afirma que o corpo tornou-se um novo topos subjetivo, pois o sujeito contemporâneo se apaixona pela sua aparência de forma narcísica, cultiva sua imagem pela sedução, e se entretêm indefinidamente para melhorar sua performance.

A saúde torna-se, assim, cada vez mais submetida à estética, o que significa que estar fora dos padrões de beleza do grupo e de suas práticas, é estar sem saúde e excluído de sua convivência, principalmente porque a construção identitária dos indivíduos está, agora, relacionada à construção e manutenção de sua forma física (SABINO e LUZ, 2007).

Há uma opressão contra o corpo gordo, imperando o corpo magro como necessidade fundamental para uma pessoa ter existência, sentido social. A sociedade contemporânea impõe aos indivíduos uma pressão cultural para emagrecer gerando um pavor doentio de engordar. O controle do corpo se transformou em um símbolo da própria felicidade (VASCONCELOS *et al.*, 2004).

Esta mesma sociedade que, ao supervalorizar a magreza, transforma a gordura em um símbolo de falência moral, e o gordo, mais do que apresentar um peso socialmente inadequado, passa a carregar um caráter pejorativo e um estigma.

Goffman (1975) nos ajuda a pensar a relação entre este estigma e a identidade social, na medida em que a sociedade estabelece os meios de categorizar as pessoas atribuindo, inclusive, depreciações a certos indivíduos. A pessoa estigmatizada, como o gordo, passa a incorporar, no processo de socialização, o ponto de vista dos “normais”, os magros e “sarados”, adquirindo crenças da sociedade mais ampla em relação à sua própria identidade física, moral e social.

Nesse sentido, Novaes e Vilhena (2003) afirmam que, na sociedade contemporânea a gordura se tornou um paradigma de feiúra, enquanto a aparência física se tornou um capital de circulação. Há, portanto, cada vez menos tolerância para os desvios nos padrões estéticos socialmente estabelecidos. Diante disso, a gordura enquadra-se numa categoria de exclusão, carregada de estereotípicos depreciativos,

produzindo, inclusive, sujeitos lipofóbicos. A beleza, antes encarada como um dever social, torna-se, agora, um dever moral. O controle excessivo da aparência investe-se de julgamentos morais e significados sociais.

O corpo encontra-se, portanto, na encruzilhada de todas as instâncias da cultura, fundando identidades e práticas como mediador privilegiado. Falar em culto ao corpo é falar de “religião do corpo”. Todos os indivíduos são convidados a se preocupar com seus corpos e com sua saúde e são responsabilizados pela aquisição e preservação das características idealizadas. Todos são intimados a possuir outro corpo, mais saudável (SOARES NETO, 2005).

O entendimento da obesidade somente como um excesso de gordura tem se mostrado cada vez mais limitante. A desconstrução de uma definição determinística de obesidade e sua reconstrução no âmbito da complexidade podem contribuir para operacionalizar terapêuticas e políticas de saúde sob um novo olhar (CARVALHO, MARTINS, 2004).

CONCLUSÕES E CONSIDERAÇÕES FINAIS

Chegando ao final dessa discussão sobre a Obesidade e sua relação com *O normal e o patológico* de Georges Canguilhem (2006), é importante retornar aos propósitos que nortearam a realização desse trabalho

O objetivo inicial do estudo foi o de tentar responder a pergunta: Seria o gordo (o obeso) Anormal? Para isso, realizamos uma breve discussão sobre *O normal e o patológico* de Georges Canguilhem (2006). Um corpo gordo, portanto, só pode ser definido como anormal se sua normatividade está diminuída.

Agregamos também ao nosso trabalho a contribuição de Luz (2004, 2005a, 2005b) ao afirmar que o objetivo principal da intervenção médica deveria ser a recuperação e a promoção da saúde dos sujeitos, e o objeto central do agir médico deveria ser o sujeito, e não a doença. Não se trata de simplesmente combater ou erradicar doenças: trata-se de incentivar a existência de cidadãos saudáveis, capazes de interagir em harmonia com outros cidadãos, e de criar para si e para os que lhe são mais próximos um ambiente harmônico, gerador de saúde.

No aprofundamento dessa discussão me pareceu relevante fazer algumas considerações sobre a *Biopolítica* apresentada por Foucault (1999) e tentar relacioná-la com as práticas de controle de massa corporal sobre a população. Nesse mesmo caminho, a contribuição de Deleuze (1992) ao argumentar sobre a *Sociedade de*

Controle, típica do século XX e XXI, também foi relevante para esse trabalho, na medida em que o corpo gordo é controlado ininterruptamente, pois além de ser considerado uma ameaça ao homem-espécie, ao homem-biológico, é também uma ameaça aos mercados.

Conclui-se, portanto, que o obeso não é anormal, mas também não é um sujeito isento do controle social e dos efeitos do poder. A mídia e a ciência compõem, principalmente, os discursos de verdade que procuram legitimar seu saber e suas intervenções sobre o corpo obeso. Se continuarmos nessa direção, chegaremos ao ponto de considerar certos percentuais de gordura até como algo criminoso, e não apenas moral, como atualmente. Não bastaria o obeso ser estigmatizado socialmente, mas, em breve, o tornarão um criminoso.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **Diretrizes do ACSM para os Testes de Esforço e sua Prescrição**. 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

ANDRIEU, B. **Les styles d'incarnation du biosujet**. Texte présenté dans l'atelier scientifique du GRD 2322 "Perception et représentation du corps, la notion de normalité. 2003.

ANDRIEU, B. Le corps humain: une anthropologie bioculturelle. Disponível em http://www.staps.uhp-nancy.fr/bernard/docpdf/article_corps%20v.%2002_2007-1.pdf. Acesso em 05 de maio de 2007.

BONETTI, A. O SER DOENTE: uma reflexão à luz de GEORGES CANGUILHEM. **Revista Pensar a Prática**, Goiânia, v. 7, n. 1, p. 45-48, 2004.

BOUCHARD, C. **Atividade Física e Obesidade**. Barueri: Manole, 2003.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6 ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CARVALHO, Y.M. **O "Mito" da Atividade Física e Saúde**. 2 ed. São Paulo: Hucitec, 1998.

CARVALHO, M.C.; MARTINS, A. A obesidade como objeto complexo: uma abordagem filosófico-conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 4, p. 1003-1012, 2004.

COITINHO, D.C.; LEÃO, M.M.; RECINE, E. SICHIERI, R. **Condições nutricionais da população brasileira: adultos e idosos**. Brasília: Ministério da Saúde, 1991.

COSTA, J.F. **O Vestígio e a Aura: corpo e consumismo na moral do espetáculo**. 4 ed. Rio de Janeiro: Garamond, 2005.

COURTINE, J.-J. Os Stakhanovistas do Narcisismo: Body-building e puritanismo ostentatório na cultura americana do corpo. In: SANT'ANNA, D. B. (Org). **Políticas do Corpo: Elementos para uma história das práticas corporais**. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

DEITEL, M. Overweight and Obesity Worldwide now Estimated to Involve 1.7 Billion People. **Obesity Surgery**, n. 13, p. 329-330, 2003.

DELEUZE, G. **Conversações**. Tradução de Peter Pál Pelbart, Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.

DURET, P.; ROUSSEL, P. **Le corps et ses sociologies**. Paris: Nathan, 2003.

EHRENBERG, A. **La fatigue d'être soi**. Paris: O. Jacob, 1998.

FISCHLER, C. Obeso Benigno, Obeso Maligno. In: SANT'ANNA, D. B. (Org). **Políticas do Corpo**: Elementos para uma história das práticas corporais. São Paulo: Estação Liberdade, 1995.

FOURNIER, M. Le corps, emblème de soi. **Sciences Humaines**, n. 132 (Le Souci du Corps), nov. 2002. Disponível em: http://www.scienceshumaines.com/le-corps.-embleme-de-soi_fr_2717.html. Acesso em 14 de jul. de 2007.

FOUCAULT, M. **Microfísica do Poder**. 22. ed. São Paulo: Graal, 2006a.

_____. **Vigiar e Punir**. 31. ed. Petrópolis: Vozes, 2006b.

_____. **Em Defesa da Sociedade**: curso no Collège de France (1975-1976). Tradução de Maria Ermantina Galvão. São Paulo: Martins Fontes, 1999. (Coleção Tópicos)

_____. O Sujeito e o Poder. In: RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault – Uma Trajetória Filosófica**: Para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

_____. **História da Sexualidade I: A Vontade de Saber**. Tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e José Augusto Guilhon Albuquerque. 8 ed. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

GOFFMAN, E. **Estigma**: Notas sobre a Manipulação da Identidade Deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar, 1975.

GOLDENBERG, M.; RAMOS, M.S. A civilização das formas: O corpo como valor. In: GOLDENBERG, M. (org) **Nu e Vestido: Dez Antropólogos revelam a Cultura do Corpo Carioca**. Rio de Janeiro: Record, 2002.

GOLDENBERG, M. O corpo como capital: para compreender a cultura brasileira. **Arquivos em Movimento (Revista Eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos – UFRJ)**, v. 2, n.2, p. 115-123, jul./ dez. 2006.

KAPANTAIS, E. et al. First national epidemiological survey on the prevalence of obesity and abdominal fat distribution in Greek adults. **Annals of Nutrition and Metabolism**, v. 50, n. 4, p. 330-338, 2006.

LE BRETON, D. **A Sociologia do Corpo**. Tradução de Sonia Fuhrmann. Petrópolis: Vozes, 2006.

_____. **Adeus ao Corpo**: Antropologia e Sociedade. Tradução de Marina Appenzeller. Campinas: Papyrus, 2003.

LI, CHAOYANG.; FORD, E.S.; MCGUIRE, L.S.; MOKDAD, A.H. Increasing Trends in Waist Circumference and Abdominal Obesity among U.S. Adults. **Obesity**, v. 15, p. 216-224, 2007.

LUZ, M.T. **Novos Saberes e Práticas em Saúde Coletiva**: Estudos Sobre Racionalidades Médicas e Atividades Corporais. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 2005a.

Arquivos em Movimento, Rio de Janeiro, v.3, n.2, julho/dezembro, 2007.

_____. **Contribuição do Conceito de Racionalidade Médica para o Campo da Saúde: estudos comparativos de sistemas médicos.** In: IV CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS SOCIAIS E HUMANAS EM SAÚDE/ABRASCO; VIII CONGRESSO DA ALAMES; XI CONGRESSO DA IAHO. Apresentação Oral. Salvador, 2007.

MONTEIRO, C.A.; CONDE, W. A tendência secular da obesidade segundo estratos sociais: Nordeste e Sudeste do Brasil, 1975-1989-1997. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabolismo**, v. 43, p. 186-194, 1999.

NOVAES, J.V.; VILHENA, J. De Cinderela a Moura Torta: Sobre a Relação Mulher, Beleza e Feiúra. **Revista Interações**, São Paulo, v. 8, n. 15, p. 9-36, 2003.

ORTEGA, F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, São Paulo, v. 8, n. 14, p. 9-20, 2004.

PUTINI, R. **O Normal e o Patológico e a Epistemologia das Ciências da Vida e da Saúde em Georges Canguilhem.** Disponível em http://www.cetrans.com.br/artigos/Rodolfo_Puttini.pdf. Acesso em 06 de maio de 2007.

RABINOW, P.; DREYFUS, H. **Michel Foucault – Uma Trajetória Filosófica: Para além do estruturalismo e da hermenêutica.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

REYNOLDS, K. et al. Prevalence and Risk Factors of Overweight and Obesity in China. **Obesity**, v. 15, p. 10-18, 2007.

SABINO, C.; LUZ, M.T. Ritos da Forma: A construção da identidade fisiculturista em academias de musculação na cidade do Rio de Janeiro. **Arquivos em Movimento (Revista Eletrônica da Escola de Educação Física e Desportos – UFRJ)**, v. 3, n. 1, p. 51-68, jan./jun. 2007.

SFEZ, L. **Saúde Perfeita: Crítica de uma nova utopia.** São Paulo:Loyola, 1996. (Coleção Questões Filosóficas).

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

SOARES, J.C.R.S.; CAMARGO JÚNIOR, K.R. A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde. **Interface – Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 11, n. 21, p. 65-78, 2007.

SOARES NETO, J.F.P. **A Saúde modificada: Criatividade, espontaneidade e satisfação na experiência corporal contemporânea.** Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2005.

VASCONCELOS, N.A.; SUDO, I.; SUDO, N. Um peso na alma: o corpo gordo e a mídia. **Revista Mal-Estar e Subjetividade**, Fortaleza, v. 4, n. 1, p. 65-93, 2004.

VIGARELLO, G. **O Limpo e o Sujo: A Higiene do Corpo desde a Idade Média.** Lisboa: Fragmentos, 1985.

_____. *Années folles: le corps métamorphosé.* **Sciences Humaines**, n. 4 (Femmes, Combats et Débats), nov./dez 2005. Disponível em: http://www.scienceshumaines.com/index.php?lg=fr&id_article=14401 . Acesso em 14 de jul. de 2007.

VINSONNEAU, G. *La Construction Sociale du Corps.* **Ville-Ecole-Intégration Enjeux**, n. 6, dez. 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity-preventing and managing the global epidemic: report of a WHO consultation on obesity.** Geneva: WHO, 1998.

_____. **Global Database on Body Mass Indexx.** Disponível em: <http://www.who.int/bmi/index.jsp>. Acesso em 24 de agosto de 2007.

Contato:

Rua Pouso Alto 441 – Jacarepaguá – Rio de Janeiro – RJ

CEP: 22735-220

Tel. (21) 33921224 ou (21) 97510790

E-mail: rafaelsmattos@uol.com.br

Recebido em: 28/08/07

Aprovado em: 05/11/07