

AS PRÁTICAS DE BIOASCESE E A CONSTITUIÇÃO DO IDOSO ATIVO

Rogério Dias Renovato*
Maria Helena Salgado Bagnato**

RESUMO

Os discursos acerca do envelhecimento ainda estão entrelaçados à biomedicina, que privilegia a adoção de comportamentos saudáveis e a contínua vigilância sobre os corpos. A finalidade desta reflexão é problematizar os discursos presentes na sociedade sobre o idoso ativo, os quais podem refletir-se no cotidiano das ações em saúde voltadas para esses sujeitos. Como aporte teórico empregamos o conceito de bioascese nas discussões sobre a constituição do idoso ativo. No campo da saúde, a concepção sobre sujeito ativo vem carregada de obrigações outras, em que este trava novas relações, não somente com os especialistas, mas também consigo e com a sua comunidade; já o idoso ativo deve assumir a perspectiva da higiomania e adotar práticas saudáveis para adiar as incapacidades físicas em sua velhice. Porém, a visão do idoso ativo a partir de asceses corporais pode esvaziar as demais dimensões da vida, focalizando apenas o corpo como elemento importante na construção de sua subjetividade.

Palavras-chave: Idoso. Envelhecimento. Promoção da saúde.

INTRODUÇÃO

O aumento da população de idosos no mundo e no Brasil tem levantado questões de ordem social, principalmente aquelas relacionadas à saúde. Assim, partimos do pressuposto de que existem discursos acerca do envelhecer e do idoso que se reinventam e assumem efeitos de verdade veiculados nas mais variadas esferas. Essa recente preocupação com o envelhecimento pode ser compreendida como uma criação arbitrária pautada no campo da biologia, que desde o início dirigiu seu olhar para as degenerações e limitações desse corpo físico tendo como referência o corpo jovem⁽¹⁻²⁾.

Nesses discursos a concepção de sujeito ativo aparece entremeada de práticas que evocam a adoção de estilos de vida saudáveis como condição para experimentar o envelhecimento bem-sucedido. Essas estratégias de gerenciamento de si convergem com a perspectiva do ideário iluminista, segundo o qual o homem moderno deve buscar sua autonomia e emancipação através da ciência e da razão.

No cotidiano das ações em saúde prestadas à pessoa idosa percebe-se ainda a hegemonia da biomedicina amalgamada aos ideais de emancipação da humanidade, que, sob os

auspícios de práticas discursivas sobre o sujeito ativo, reforçam o ideário da higiomania. Desse modo o indivíduo, no curso de sua vida, deve adotar práticas saudáveis para adiar as incapacitações físicas, colhendo em sua velhice os frutos daquilo que plantou desde a sua juventude.

Assim, a finalidade desta reflexão é problematizar os discursos sobre outras perspectivas do envelhecimento ativo⁽³⁾ que podem impactar o cotidiano das ações em saúde voltadas para a pessoa idosa. A nossa proposta está em consonância com a tese de Debert sobre a reprivatização da velhice⁽⁴⁾, que valoriza a responsabilidade individual e a culpabilização dos idosos negligentes com seu corpo.

Nesta reflexão teórica pretendemos abordar o conceito de bioascese, que servirá de arcabouço teórico para as discussões do sujeito ativo, e em seguida, do idoso ativo, bem como as estratégias e tecnologias que contribuem para a construção dessa matriz identitária, que se utiliza dos parâmetros biológicos para compor o *self* a partir do corpo.

DO PODER DISCIPLINAR ÀS PRÁTICAS DE BIOASCESE

As concepções de saúde, educação e ser

*Farmacêutico. Doutorando em Educação pela Universidade Estadual de Campinas (UNICAMP). Professor do Curso de Enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul (UEMS). E-mail: rrenovato@uol.com.br

**Enfermeira. Pós-doutorada em Educação. Professora Livre-docente da Faculdade de Educação/UNICAMP. E-mail: mbagnato@unicamp.br

humano assumiram contornos variados, entremeados de discursos que se prestaram muito mais para regular, controlar e disciplinar homens e mulheres para certo modelo de sociedade⁽⁵⁾. Assim, o governo sobre a vida, o controle sobre os corpos e a vigilância através da medicina social contribuíram na constituição de um sujeito dócil e passivo⁽⁶⁾. O exercício desse poder disciplinar intensificou-se em espaços como os centros de saúde e hospitais, atingiu outros setores, como a escola, primária, aprimorou dispositivos de poder, como a inspeção médica escolar, e possibilitou intervenções na vida privada⁽⁷⁻⁸⁾.

As ações em saúde foram elementos das tecnologias do *self*, que, somados às tecnologias do poder, construíram subjetividades e identidades através de relações saber-poder, alimentadas em uma matriz heterogênea de transformações que acompanharam o século XX, e principalmente o processo de medicalização da sociedade ocidental.

Com o avanço das propostas liberais do pós-guerra, a ascensão do complexo médico-industrial e a redução do papel da saúde coletiva nas décadas de 60 e 70, principalmente no Brasil, o modelo curativista expandiu-se e possibilitou outros desdobramentos do biopoder, que passou paulatinamente a implantar uma nova biopolítica, cuja característica é a constituição de sujeitos ativos, capazes de se autogovernar e autocuidar.

Desse modo, as tecnologias biopolíticas sofreram mutações, pois o controle tornou-se mais refinado e capilarizado. As transformações do mundo contemporâneo, como a globalização, a expansão da mídia e o neoliberalismo, possibilitaram e ao mesmo tempo convergiram para um novo *ethos*, o sujeito autônomo e ativo.

Essas práticas discursivas se fazem presentes não apenas na área da saúde, mas também em territórios heterogêneos. Esse novo *ethos* é favorecido pelas distintas formas de agrupamento, não mais restritas aos conceitos de classe social, interesses políticos e raça, mas delimitadas agora por critérios de saúde, doenças específicas e *performances* corporais⁽⁹⁾.

As práticas em saúde estão permeadas desses discursos, que enfatizam os cuidados do corpo, cuidados médicos e estéticos, e assim contribuem para a formação dessas matrizes

identitárias. Como desdobramento do biopoder, as práticas bioascéticas ou ascetes contemporâneas passam a estabelecer novos valores e novos critérios, com base em regras de desempenho físico e de fabricação de padrões artificiais.

As práticas de bioascese são práticas de assujeitamento, que se caracterizam pelo deslocamento de um tipo de subjetividade para outro tipo, a ser atingido mediante a prática ascética. Em geral, as práticas de bioascese veiculam certa uniformidade, necessidade de adaptação à norma e de constituição de modos de existência conformistas, visando à procura da saúde e do corpo perfeito, bem como da longevidade. Assim, a homogeneização e a individualização, como características do construto clássico de biopoder, permanecem nos deslocamentos contemporâneos dessa nova biopolítica, mudando tão-somente o papel do corpo na construção dessas novas identidades⁽¹⁰⁾.

O asceta contemporâneo projeta em seu corpo sua identidade cada vez mais integrada às decisões individuais de estilo de vida. A disciplina e o autogoverno encontram-se imbricados, pois para se atingir a saúde perfeita são necessárias algumas qualidades, como a tenacidade, a força de vontade e a perseverança. Todavia, aquele que não se cuida, ou não cumpre uma dieta e não pratica exercícios físicos, é adjetivado como fraco de vontade. Logo, as práticas bioascéticas mantêm ainda em seus discursos elementos moralizantes, que contribuem para uma moral sanitária politicamente correta.

Essas práticas discursivas convivem com a ambivalência, o medo e a incerteza, que são alimentados pela cultura do risco, cuja liberdade consiste em obedecer à ciência, através de prescrições cada vez mais detalhadas, e assim outorgar ao especialista a proposta de conselhos que possam aliviar a angústia. Desse modo, o sujeito autônomo e capaz de fazer suas escolhas encontra-se cada vez mais limitado aos caminhos trilhados pela biomedicina, pois a solução mais adequada e moral é a obediência, a submissão e a adaptação. Esses fatos evidenciam as tentativas de conduzir o comportamento do outro e com isso podem interferir e interferem na construção das subjetividades, marginalizando

aqueles que não se encaixam nos padrões de saúde.

A FABRICAÇÃO DO SUJEITO ATIVO

Na contemporaneidade, percebe-se o deslocamento de discursos emitidos por especialistas e instituições que apregoam e reforçam a participação dos sujeitos nas mais variadas esferas da vida, conclamando-os a tomar as rédeas do seu destino através de escolhas racionais e adequadas. O sujeito passivo e docilizado cede espaço ao sujeito ativo, que é capaz de fazer suas escolhas, pois é dotado de autonomia e liberdade, que lhe permitem, diante de várias opções, decidir qual o melhor caminho a ser trilhado.

No campo da saúde, a concepção do sujeito ativo vem permeada de novas obrigações, tecendo novas relações, não somente com os especialistas, mas também consigo e com a sua comunidade, família e nação. A proposta é romper com o paternalismo criticado pelos gestores da saúde, para a construção de parcerias entre esse cidadão e o Estado. O direito à saúde passa a ter outros significados, que requerem desse cidadão ativo comprometimento, engajamento e adoção de comportamentos saudáveis, promovendo práticas ou cuidados de si, agora assumidos por esse indivíduo mediante parcerias com o Estado, que desempenha o papel de condutor das ações⁽¹¹⁾.

As práticas de bioescase ou práticas de controle incentivadas pelo Estado e também pela sociedade podem representar uma desregulação, a ruptura com o modelo disciplinar, em que novas relações de poder são elaboradas. São processos de rerregulação inseridos em um contexto permeado de flexibilidade e liberdade, o qual se materializa mediante o refinamento de novas estratégias de vigilância. O que se espera desse sujeito é que faça escolhas que minimizem os riscos, afinal cada vez mais a noção de saúde tem na ontologia da segurança seu aporte epistemológico.

Na sociedade de riscos, os sujeitos ativos são sujeitos prudentes, indivíduos que fazem escolhas - no caso da saúde - a partir de todo o conhecimento biomédico adquirido, sob a tutela de especialistas, que apresentam um leque de opções com comprovação científica, as quais,

caso sejam incorporadas em sua vida, resultarão na posse da saúde e no afastamento da doença⁽¹¹⁾. Nesse item, o normal e o patológico delimitam as escolhas do sujeito ativo, o qual, mesmo diante da liberdade que possui, é coagido moralmente a ser um sujeito responsável, e assim incorporar comportamentos sadios.

Nesse ambiente, em que o risco epidemiológico assume papel central nas ações em saúde, o conhecimento biomédico se capilariza através de narrativas que colonizam e marginalizam outros saberes. Por meio dos discursos que se propagam na televisão, internet, rádio, jornais, revistas, publicidades e outras mídias, as concepções da biomedicina circulam nesses espaços. São as pedagogias culturais que educam esses sujeitos, inserindo-os em um *corpus* entremeado de termos biológicos e assim tornando familiar e amigável todo o universo simbólico antes considerado estranho e intangível.

Em consonância com a prudência, as racionalidades contemporâneas do Estado agregam a perspectiva do sujeito empreendedor. O sujeito que se autogerencia é capaz de administrar seu corpo e mente, sua saúde e seus comportamentos como uma empresa. Esse *ethos* é impregnado de componentes do empreendedorismo e contraditoriamente, esses sujeitos prudentes precisam ser inovadores, criativos e capazes de se reinventar. São chamados a correr riscos⁽¹²⁾.

Na sociedade de sujeitos ativos, os cidadãos são capacitados para o mercado de trabalho, são encorajados para atividades que garantam sua empregabilidade. Na sociedade ativa, a participação também ocorre através do envolvimento desse sujeito em práticas de educação e treinamento continuados, garantindo o contínuo aprimoramento de suas habilidades e competências, que se expandem também para a vida em família, nas horas de lazer e em viagens, em que o sujeito ativo sempre está aprendendo e exercitando algum conhecimento. A ideia é exercitar no curso da vida ações de autoinvestimento, que promovam a sua imagem de comprometimento consigo mesmo, assegurando o sucesso de sua gestão e o empreendimento de si⁽¹³⁾.

As implicações de qualquer investimento requerem acompanhamento dos resultados e da

performance das ações realizadas. O sujeito ativo tem seu desempenho avaliado, e em termos de biomedicina seus parâmetros de normalidade são aferidos mediante exames laboratoriais, a verificação do peso corporal, a adoção de uma dieta alimentar balanceada, bem como o combate ao sedentarismo, entre outros procedimentos.

A performatividade é uma cultura e um modo de regulação que se utiliza de comparações e exposições como meios de controle, atrito e mudança. Os sujeitos têm seu desempenho avaliado em critérios de produtividade, rendimento e padrões biológicos. Suas ações são inspecionadas e avaliadas em termos de qualidade ou valor atribuídos por outros agentes externos. São julgamentos que privilegiam o desempenho máximo, acarretando um trabalho intenso no próprio *self*⁽¹⁴⁾.

No transcorrer de tantas mudanças, novas subjetividades são fabricadas. Essas transformações não afetam apenas o que fazemos, mas também quem somos, a nossa identidade. Na invenção de sujeitos ativos, prudentes, responsáveis e empreendedores estão envolvidos estratégias e dispositivos que modificam o *self*, bem como a relação das pessoas umas com as outras. É a luta pela alma, pela transformação de sujeitos antes docilizados por tecnologias disciplinares em sujeitos ativos, capazes de se autogovernar.

A INVENÇÃO DO IDOSO ATIVO

Em relação ao envelhecimento, o processo de construção de outras subjetividades também apresenta elementos singulares e particulares em contextos históricos sociais e culturais diversos. A velhice pode ser uma categoria socialmente produzida, assim como suas representações, os marcos cronológicos e o modo como os jovens vêem os idosos. Tanto a velhice como a infância e a adolescência não se constituem em propriedades substanciais dotadas de características universais, como se os indivíduos passassem a tê-las quando se encontrassem nesses períodos⁽¹⁾.

Concordamos com o pressuposto de que a velhice é inventada, ou melhor, tem sido (re)inventada, através de dispositivos que envolvem agentes especializados e práticas que

promovem a institucionalização jurídica e política do curso da vida e interferem na organização social desses grupos, cuja criação tem ocorrido através do número de anos vividos.

A compreensão histórica do idoso na sociedade ocidental tem sido permeada de discursos que focalizam corpo e mente em declínio, relegado ao exílio social e marginalizado pela sua incapacidade como força de trabalho. Além disso, o envelhecimento continua sendo objeto dos discursos médicos que, através de narrativas, pretendem colonizar as possíveis explicações para compreender esse corpo que envelhece. Como deslocamento do biopoder clássico, a ciência em seu tom benevolente oferece as tecnologias de vigilância, que asseguram ao idoso o conforto e a possibilidade de um envelhecimento saudável e ativo⁽²⁾.

As mudanças da representação do idoso marginalizado em idoso ativo encontram reforço na mídia, que faz circular práticas discursivas de sujeitos independentes dos filhos e parentes, capazes de encontrar atividades prazerosas nessa etapa da vida. O produto velhice é divulgado como o momento de realização pessoal, em que o indivíduo se encontra livre de amarras que antes impediam sua liberdade de ação, como uma profissão, um casamento ou instituições que interditavam seus sonhos e sua autonomia⁽³⁾.

A desconstrução da velhice passa a ser impregnada de outros modelos de comportamento, da imposição de outras atitudes, da reformulação da imagem do idoso em agentes ativos, aptos para consumir bens específicos, que se amoldam ao seu novo perfil identitário, ainda ancorado no ideal da eterna juventude, do binarismo normal e patológico e da higiomania.

Para o idoso ativo plasma-se uma pletera de discursos moralizantes. Nesse corolário fabricado não existe mais espaço para a velhice decorrente do descuido pessoal, da ausência de comprometimento em atividades saudáveis e da manutenção de consumo e estilos de vida inadequados. O declínio do corpo passa a ser percebido como fruto de uma vida desregrada no período que antecedeu a velhice. Assim, não existe mais piedade para com o indivíduo que não soube usufruir da vida e promoveu o desgaste do seu corpo e mente. A culpabilização tornou-se elemento nuclear de um envelhecimento mal-planejado, considerando

apenas a perspectiva do biomédico e apagando todas as outras dimensões desse ser humano, que passa a ser tão-somente um cidadão biológico⁽¹⁵⁾.

O léxico da biologia alimenta e reforça a adoção de práticas bioascéticas, que requerem do idoso ativo o comprometimento de suas ações, através da modulação da sua conduta e o constante trabalho de autovigilância⁽¹⁶⁾. Espera-se assim que, ao exercer sua liberdade e autonomia, o idoso ativo seja transformado em perito de si mesmo, especialista de sua saúde e de seu corpo.

As práticas de bioascese, como deslocamentos do biopoder clássico, favorecem a dissolução da política em políticas particulares, esvaziando o coletivo e priorizando o olhar biológico⁽¹⁷⁾. Em se tratando do idoso, emerge outro binarismo, o funcional e o disfuncional, que corroboram o triunfo da função orgânica, da funcionalidade que pode ser medida, padronizada e quantificada.

A funcionalidade pode ser mais uma categoria dessa nova biopolítica, que agrega e marginaliza, que classifica e exclui. A capacidade funcional é um dos elementos que se somam ao discurso do envelhecimento bem-sucedido. Sua incorporação nos discursos geriátricos reforça a intercambialidade com as concepções de independência, sucesso, saúde e produtividade⁽¹⁸⁾.

Para o corpo do idoso, muito mais que a aparência, a capacidade funcional assume cada vez mais relevância. O corpo que funciona e o *self* se emolduram na travessia desse projeto reflexivo. Não basta parecer saudável, todos os órgãos precisam funcionar e demonstrar ao outro seu disciplinamento e a sua capacidade, que se exprimem em competências corporais. Seu agenciamento como idoso ativo e responsável resulta em uma redução dos serviços públicos e das seguradoras privadas de saúde.

A figura do idoso independente, que não dá trabalho aos seus parentes, encontra apoio nas sociedades neoliberais, em que o Estado encontra-se cada vez mais ausente e procura reforçar essas novas tecnologias de cidadania, as quais, por sua vez, propiciarão a redução dos

custos sociais, caso de fato a figura do cidadão ativo se concretize nos mais variados espaços - local, nacional e transnacional.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

As práticas de bioascese refletem a importância cada vez maior dada ao corpo em detrimento de outras dimensões. As ascetes corporais reforçam a moralização crescente dos atributos físicos, que definem e constroem as subjetividades de uma sociedade individualista.

A fabricação de sujeitos ativos demanda uma série de qualidades que cada cidadão deve apresentar: prudência, responsabilidade, comprometimento e empreendedorismo. Essas concepções encontram respaldo no neoliberalismo, que atinge as dimensões da vida, fortalecendo o modelo biomédico e os seus discursos competentes sobre a conduta de cada indivíduo.

Na (re)invenção da velhice, as práticas de bioascese podem contribuir para a construção do idoso ativo, aproximando-se, assim do discurso biomédico autorizado, cujas características se amoldam ao sujeito ativo. No entanto, as ações em saúde precisam considerar o idoso em suas multiplicidades e particularidades, opondo-se a tentativas totalizantes de homogeneização e respeitando-o em sua história de vida.

Essas reflexões pretendem inquirir sobre os discursos que circulam na construção do envelhecimento, entendendo que a vida não pode ser reduzida ao âmbito biológico. Assim, a longevidade não deveria ser vivenciada como uma “[...] estratégia de afastamento de riscos à sobrevivência”, sob o “primado paradoxal da sentença e da condenação culposa sem delito”,^(19:125) apagando a beleza da complexidade do sujeito que envelhece.

AGRADECIMENTO

À FUNDECT pela concessão da bolsa de doutorado.

THE PRACTICES OF BIOASCESIS AND THE CONSTITUTION OF ACTIVE ELDERLY

ABSTRACT

Discourses on aging are still strongly related to biomedicine, which favors the adoption of healthy behaviors and the continuous surveillance on the bodies. The purpose of this discussion is question the discourses in the society on the active elderly, which may reflect in the daily actions in health focused on these subjects. As theoretical

contribution, the concept of bioascesis in discussions about the constitution of active elderly was used. In health, the concept of the active subject is present in other obligations, interweaving new relationships, not only with the experts, but also within themselves and the community. The active elderly should take the perspective of healthism, and adopt healthy practices to postpone physical disabilities in their old age. However, the invention of active elderly from body ascesis, may empty out other dimensions of life, prioritizing only the body, as the principal component in the formation of its subjectivity.

Key words: Elderly. Aging. Health Promotion.

LAS PRÁCTICAS DE BIO ASCESIS Y LA CONSTITUCIÓN DEL ANCIANO ACTIVO

RESUMEN

Los discursos acerca del envejecimiento aun están entrelazados a la biomedicina, que favorece la adopción de comportamientos saludables y la vigilancia permanente sobre los cuerpos. El propósito de esta reflexión es cuestionar los discursos presentes en la sociedad sobre el anciano activo, que pueden reflejar en el cotidiano de las acciones en salud vueltas para esos sujetos. Como contribución teórica, empleamos el concepto de bio ascesis en los debates acerca de la constitución del anciano activo. En el ámbito de la salud, la concepción del sujeto activo está presente en otras obligaciones, de tejer nuevas relaciones, no sólo con los especialistas, sino también consigo y su comunidad. Ya el anciano activo debe asumir la perspectiva de la hygie mania, y adoptar prácticas saludables de aplazar las incapacidades físicas en su vejez. Sin embargo, la invención del anciano activo a partir de ascesis corporal puede vaciar las demás dimensiones de la vida, priorizando sólo el cuerpo, como elemento principal en la construcción de su subjetividad.

Palabras clave: Anciano. Envejecimiento. Promoción de la Salud.

REFERÊNCIAS

- 1- Debert GG. Pressupostos da reflexão antropológica sobre a velhice. In: Debert GG, organizadora. Textos Didáticos. 2ª. ed. Campinas: Unicamp; 1998. p.7-28.
- 2- Powell JL, Longino Jr CF. Towards the Postmodernization of Aging: the body and social theory. J Aging Ident. 2001;6(4):199-207.
- 3- World Health Organization. Envelhecimento Ativo: uma política de saúde. Brasília: Organização Pan-Americana de Saúde; 2005.
- 4- Debert GG. A Reinvenção da Velhice: socialização e processos de reprivatização do envelhecimento. São Paulo: EDUSP:FAPESP; 2004.
- 5- Bagnato MHS, Renovato RD. Práticas educativas em saúde: um território de saber, poder e produção de identidades. In: Rodrigues RM, Deitos RA, organizadores. Estado, Desenvolvimento, Democracia & Políticas Sociais. Cascavel: Unioeste/GPPS; 2006. p. 87-104.
- 6- Foucault M. História da sexualidade I: a vontade de saber. 16ª. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2005.
- 7- Rago LM. Do cabaré ao lar: a utopia da cidade disciplinar: Brasil 1890-1930. 3ª. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1997.
- 8- Mai LD, Boarini ML. Estudo sobre forças educativas eugênicas no Brasil, nas primeiras décadas do século XX. Cienc Cuid Saúde. 2002;1(1):129-132.
- 9- Rabinow P. Antropologia da Razão: ensaios de Paul Rabinow. Rio de Janeiro: Relume Dumará; 1999.
- 10- Ortega F. Da ascese à bio-ascese. In: Rago M, Orlandi LBL, Veiga-Neto A, organizadores. Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A; 2002. p.139-173.
- 11- Petersen A. Governmentality, critical scholarship and the medical humanities. J Med Humanit. 2003;24(3/4):187-201.
- 12- O'Malley P. Uncertain subjects: risks, liberalism and contract. Econ Soc. 2000;29(4):460-84.
- 13- Dean M. Governing the unemployed self in an active society. Econ Soc. 1995;24(4):559-83.
- 14- Ball S J. Reformar escolas/reformar professores e os terrores da performatividade. Rev Port de Educação. 2002;15(2):3-23.
- 15- Rose N. The Politics of Life Itself: biomedicine, power, and subjectivity in the twenty-first century. Princeton: Princeton University Press; 2006.
- 16- Armstrong D. The rise of surveillance medicine. Sociol Health Illness. 1995;17(3):393-404.
- 17- Ortega F. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. Interface-Comunic, Saúde, Educ. 2004;8(14):9-20.
- 18- Katz S, Marshall BL. Is the functional 'normal'? Aging, sexuality and the bio-marking of successful living. Hist Hum Sci. 2004;17(1):53-75.
- 19- Castiel LD, Alvarez-Dardet C. A Saúde persecutória: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2007.

Endereço para correspondência: Rogério Dias Renovato, Rua Hilda Bergo Duarte, 296. Dourados – MS. CEP 79806-020. E-mail: rrenovato@uol.com.br

Data de recebimento: 27/06/2008

Data da aprovação: 09/03/2009