

## PROBLEMATIZAÇÕES DAS PRÁTICAS DE PROMOÇÃO DA SAÚDE A PARTIR DO BIOPODER

*PROBLEMATIZATIONS OF HEALTH PROMOTION PRACTICES FROM BIOPOWER*

*PROBLEMATIZACIONES DE LAS PRÁCTICAS DE PROMOCIÓN DE LA SALUD A PARTIR DEL BIOPODER*

Flávia Cristina Silveira Lemos<sup>a</sup> , Ana Lopes<sup>b</sup> , Dolores Galindo<sup>c</sup> , Kleber Prado Filho<sup>d</sup>   
e Rachel Siqueira Dias<sup>e</sup> 

<sup>a</sup> Psicóloga..Doutora em História/UNESP. Bolsista de produtividade em pesquisa CNPQ2. Profa. adjunta IV de psicologia social da Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil. E-mail: [flaviacslemos@gmail.com](mailto:flaviacslemos@gmail.com)

<sup>b</sup> Doutora em Psicologia/UFSC. Professora de Psicologia na Universidade do Sul de Santa Catarina (UNISUL), Florianópolis/SC, Brasil. E-mail: [anaralina@gmail.com](mailto:anaralina@gmail.com)

<sup>c</sup> Psicóloga/UFPE. Mestre e Doutora em Psicologia Social/PUC-SP. Professora adjunta IV em Psicologia Social da Universidade Federal do Mato Grosso, Cuiabá/MT, Brasil. E-mail: [dolorescristinagomesgalindo@gmail.com](mailto:dolorescristinagomesgalindo@gmail.com)

<sup>d</sup> Doutor em sociologia/USP. Professor de Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis/SC, Brasil. E-mail: [kleberprado.psi@gmail.com](mailto:kleberprado.psi@gmail.com)

<sup>e</sup> Psicóloga. Mestranda em Psicologia pela Universidade Federal do Pará, Belém/PA, Brasil. E-mail: [rachelsiqueira@gmail.com](mailto:rachelsiqueira@gmail.com)

**Resumo:** Este artigo aborda a emergência da promoção de saúde como dispositivo de biopoder, que opera pela medicalização da população, pela educação em saúde, pela economia política e pela segurança. O texto é fruto de um recorte de parte de uma pesquisa histórica e documental, realizada como Tese de Doutorado em Psicologia. Os estudos de Michel Foucault a respeito do biopoder nos auxiliaram a analisar as práticas de promoção de saúde, em seus efeitos de saber e de poder, em um entrecruzamento de forças múltiplas. A prevenção e a promoção de saúde colocam os corpos em uma condição de controle minucioso e totalizante das condutas, compondo um dispositivo. Concluímos, afirmando que a salvação da saúde passa a ser uma verdadeira religião, na atualidade, em um crescente mercado de consumo de tecnologias sociais, com o empresariamento da vida, no neoliberalismo.

**Palavras-chave:** Biopoder; Promoção de Saúde; Medicalização; Segurança; Dispositivo.

**Como citar o artigo:** LEMOS, F. C. S.; LOPES, A.; GALINDO, D.; PRADO FILHO, K.; DIAS, R. S. Problematizações das práticas de promoção da saúde a partir do biopoder *Revista de Ciências Humanas*, v. 53, 2019, e39080



**Direito autoral e licença de uso:** Este artigo está licenciado sob uma [Licença Creative Commons](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/). Com essa licença você pode compartilhar, adaptar, para qualquer fim, desde que atribua a autoria da obra, forneça um link para a licença, e indicar se foram feitas alterações.

**Abstract:** This article discusses the emergence of health promotion as biopower device, which operates through the medicalization of the population, health education, political economy and security. The article is based on an extract of part of a historical and documentary research, conducted as a doctoral thesis in Psychology. Michel Foucault's studies on biopower helped us to analyze health promotion practices in their effects of knowledge and power, on an interaction of multiple forces. Prevention and health promotion put the bodies in a condition of rigorous and totalizing control of behavior, comprising a device. We conclude by stating that the salvation of health becomes a true religion today in a growing consumer market for social technologies, with the entrepreneurialization of life, in neoliberalism.

**Keywords:** Biopower, Health Promotion; Medicalization, Security, Device.

**Resumen:** Este artículo aborda el surgimiento de la promoción de la salud como un dispositivo de biopoder, que opera mediante la medicalización de la población, la educación sanitaria, la economía política y la seguridad. El texto es el resultado de una parte de una investigación histórica y documental, realizada como tesis doctoral en Psicología. Los estudios de biopoder de Michel Foucault nos ayudaron a analizar las prácticas de promoción de la salud, en sus efectos de conocimiento y poder, en una interacción de múltiples fuerzas. La prevención y la promoción de la salud ponen a los cuerpos en una condición de control completo y total de las conductas, componiendo un dispositivo. Concluimos afirmando que la salvación de la salud se convierte hoy en una verdadera religión en un creciente mercado de consumo de tecnologías sociales, con el espíritu empresarial de la vida, en el neoliberalismo.

**Palabras clave:** biopoder, Promoción de la Salud; Medicalización, Seguridad, Dispositivo.

## 1 INTRODUÇÃO

Este artigo visa pensar a promoção da saúde por meio de um ensaio temático e teórico, em formato de artigo, derivado de um conjunto de contribuições de uma pesquisa, realizada durante o doutorado em Psicologia. Interrogamos os cenários contemporâneos da promoção de saúde, usando os estudos de Michel Foucault, que podem ser úteis para uma trajetória de problematização desse campo.

Assim, buscou-se organizar algumas perguntas acerca dos percursos e conceitos de Michel Foucault, os quais possibilitam delinear visibilidades no campo da medicalização da vida pela promoção da saúde, das estratégias de segurança e do mercado de consumo de tecnologias que visam ao empresariamento de si e dos outros. Os escritos de Michel Foucault permitem o uso de ferramentas para a problematização de práticas sociais com a análise de seus efeitos, em especial, as que foram feitas sobre o biopoder e a medicalização na promoção da saúde.

Absolutamente, não é intenção fazer uma circunscrição de todo o campo da saúde. Com Foucault, práticas de saúde são práticas sociais e, portanto, são consideradas “práticas discursivas e não discursivas que fazem qualquer coisa entrar no jogo do verdadeiro ou falso e a constitui como objeto para o pensamento” (FOUCAULT, 2004, p. 242). O imperativo de saúde, na sociedade contemporânea – oriundo de instituições, leis, normas, arquiteturas, equipamentos e saberes diferentes –, funciona como um dispositivo que põe em relevo a saúde como um bem e um dever (NUNES, 2009).

Este é agenciado pelas políticas públicas com a responsabilidade dos Estados, juntamente com práticas vizinhas, tais como as que contam com o apoio de equipamentos de caráter privado e instituições do terceiro setor ou, ainda, sob a articulação de estabelecimentos diversos, configurando as chamadas políticas sociais intersetoriais, numa intensa articulação com as organizações internacionais, como bancos e agências multilaterais (LOPES, 2012). Para Foucault, as normas circunscritas ao biopoder constituíam um tipo de dispositivo nas práticas de governo, uma estratégia sem estrategista.

Enquanto linhas de um dispositivo, tais normas naturalizadas e percebidas como necessárias são de difícil resistência por parte do sujeito, pois têm suporte no saber e nas forças políticas das instituições. Heterogêneos e estratégicos, os dispositivos são formados por discursos, instituições,

organizações arquitetônicas, saberes, leis, práticas morais e filantrópicas. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos (FOUCAULT, 1992). A ideia de dispositivo ganhou maior envergadura nas releituras que Gilles Deleuze fez sobre a noção de dispositivos, em textos direcionados à compreensão de dispositivo, e que são potenciais na compreensão das biopolíticas. Deleuze (1990), ao aprofundar a descrição de dispositivo de Foucault, entendeu que a filosofia foucaultiana pode ser vista como uma análise de dispositivos concretos.

A urgência em alcançar saúde no âmbito da prevenção e da promoção em níveis globais se deu por meio de direcionamentos de agências internacionais, como a Organização Mundial da Saúde (OMS) e a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), além do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e de outros organismos multilaterais. Tais agências, sob o estandarte de uma política transnacional desenvolvimentista, colocaram como marco da política de promoção de saúde no cenário global as Conferências, como a de Alma Ata (1978), a qual direcionou a atenção primária como um nível de atenção a ser instalado pelos países, ou a de Ottawa (1986), indicando balizas para que a promoção da saúde fosse almejada pelos países signatários da Conferência, enquanto referência na organização da política, reafirmando as diretrizes aprovadas no mesmo ano pela VIII Conferência Nacional de Saúde brasileira, na qual já se contemplava a ideia de promoção da saúde, antes mesmo de Otawa (LOPES, 2012).

Os resultados da VIII Conferência Nacional da Saúde e as alianças transnacionais com os organismos multilaterais estiveram presentes na articulação política da emergência dos preceitos da política de promoção da saúde e na entrada em vigor do Sistema Único de Saúde (SUS), dois anos depois, pela Constituição de 1988 (BRASIL, 1988). No Brasil, os resultados da composição transnacional preventivista foram incorporados à Constituição Federal de 1988, ganhando contornos maiores nas legislações subsequentes, que instalaram o Sistema Único de Saúde (SUS), no ano de 1990.

O Movimento da Reforma Sanitária foi um dos movimentos a reivindicar que o setor saúde ficasse sob a responsabilidade do Estado, pois havia sido abandonado em certa medida, durante o Regime Militar. Foi após o ano de 2006 que linhas de forças do diagrama do sistema de saúde alcançaram transformações nos discursos relativos a uma centralidade médica, concentrados nas práticas hospitalares e deslocados para o estabelecimento de uma Política Nacional de Atenção Básica (2006) e da Política Nacional de Promoção da saúde (2006), indicando esta última que “as intervenções em saúde ampliem seu escopo (...), que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde” (BRASIL, 2006a, p. 14).

A assunção da saúde pública por parte dos Estados envoltos em um governo médico sobre as populações estabeleceu a organização internacional de saúde que já vinha se apresentando como possibilidade, desde o final do século XIX. A preocupação predominante com as epidemias, tendo em vista os interesses do comércio e fluxos imigratórios, requereu a união de países que tinham as ambições do desenvolvimento industrial (ROSEN, 1994, p. 25).

Especificamente no Continente Americano, essa união levou à constituição da primeira organização internacional de saúde – a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) –, quando da Primeira Conferência Sanitária Internacional em Washington, no ano de 1902. Lima (2002, p. 25), sobre a criação da OPAS, lembra que a “industrialização e a expansão dos mercados no âmbito do desenvolvimento do capitalismo, com a conseqüente intensificação das trocas internacionais, não são condições suficientes para explicar tal fato”. Na América Latina, a vontade de poder sobre o mercado foi notória.

Diante de uma urgência em se alcançar saúde e, ao mesmo tempo, de uma crise da medicina científica, a partir da segunda metade do século XX, o preventivismo emergiu como um paradigma derivado, em parte, do modelo biomédico, presente nas deliberações da OPAS e da OMS, desde a década de 1950, sua metodologia foi assumida pelas redes estatais de países-membros. Consistiu em um movimento internacional defensor da medicina integral e crítico do modelo biomédico unicausal de compreensão da doença. Fundamentado no modelo da História Natural da Doença.

Para Arouca (2003), a medicina preventiva “representou um movimento ideológico, uma leitura liberal dos problemas de saúde. Partiu de uma crítica da prática médica e propôs uma mudança baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade” (AROUCA, 2003, p. 36). Os discursos acerca da oferta de promoção de saúde à população se deslocaram do eixo das práticas médico-curativas, hospitalares, para aquelas denominadas como atinentes à promoção da saúde, ligadas à economia política, à demografia, à educação, à psicologia, à geografia, à estatística, às novas tecnologias, ao direito, à assistência social, entre outros saberes e poderes.

É nesse diagrama de saber-poder que a atenção básica, instituída na década de 2000, no Brasil, pode ser problematizada como um tipo de atualização do biopoder – ou preocupação moderna com a vida – que se deu por meio da colocação de disciplinas sobre o corpo (FOUCAULT, 1997), articuladamente a uma modalidade de poder focada na população como totalidade, chamada de biopolítica (FOUCAULT, 1988). Em Foucault (1992; 2004; 2008a), podemos interrogar as condições de possibilidades de emergência e de proveniência de um acontecimento ser materializado e atualizado, em uma perspectiva singular dos modos de operar a política da verdade e o controle das populações e dos corpos, em um poder pastoral atualizado pelo biopoder.

O governo das condutas de forma pastoral, em nome da salvação, foi deslocado para a governamentalidade, em nome do cultivo da saúde. A emergência traz a problematização de que não há um responsável por um acontecimento, ou seja, permite a crítica da noção de influência e de intenção. A proveniência possibilita marcar a singularidade e a raridade de cada objeto: por exemplo, a promoção de saúde não é um objeto natural e a-histórico, não é a mesma política, ao longo de diferentes tempos e lugares.

## **2 BIOPODER, MEDICALIZAÇÃO E GOVERNAMENTALIDADE**

O biopoder se constituiu na relação com a razão de Estado, contudo, não ficou restrito a ele, pois foi movido também por preocupações econômicas e pelas práticas de governamentalidade, ou seja, de governo das condutas em nome da vida e da segurança (FOUCAULT, 2008a). Governar era gerir por meio de uma multiplicidade de equipamentos, estabelecimentos, saberes, leis, normas, saberes e articulações.

Além das artes de governar variadas, na esfera da educação, da família, da assistência social, do trabalho e da religião, as práticas ligadas ao nascimento da medicina social foram igualmente descritas por Foucault (2008b) como fazendo parte do dispositivo do biopoder e da governamentalidade. Na França, durante a Revolução Industrial, surge a medicalização higienista do espaço urbano. Na Inglaterra, a medicalização ocorreu pelo governo dos corpos dos trabalhadores pobres e, na Alemanha, pela medicalização do Estado.

Dessa maneira, o biopoder pode ser considerado ainda um modo de constituição de sujeitos, porque se materializa com práticas de governo que colocam normas para a formação de sujeitos. Os corpos são objetivados e subjetivados na relação com as regras apresentadas com os saberes e poderes da gestão da vida, em que fazer viver e deixar morrer se tornam uma racionalidade política importante, na sociedade contemporânea. As táticas minuciosas das disciplinas são utilizadas para policiar os modos de vida e docilizá-los, de acordo com as normas de saúde.

As contribuições de Michel Foucault para a problematização do campo da saúde envolvem a história descontínua. Essas discontinuidades, porém, são constitutivas de visibilidades que forjam efeitos, tais como: a proveniência das políticas sociais, articulada ao contexto produtivista do liberalismo e do neoliberalismo, nos últimos séculos (PRADO FILHO, 2006). No cenário renascentista dos dois primeiros séculos após a Idade Média, a escalada de epidemias mobilizou a preocupação de investimentos acerca de seus possíveis aparecimentos.

Predominavam as explicações epidêmicas relacionadas aos miasmas e à suscetibilidade do corpo à doença. Todavia, concepções mercantilistas também concorriam com as visões epidemiológicas, em que a doença e a enfermidade passaram a ser problema econômico. Diante dessa nova demanda, um destaque foi dado para a Alemanha, onde já se fazia presente a intensa prática do Estado nas questões de saúde designadas de *Medizinalpolizei* ou Polícia Médica, no século XVII (FOUCAULT, 1992; ROSEN, 1994).

Esses acontecimentos são bem demarcados por Foucault, em diferentes trabalhos. As Conferências realizadas no Brasil, em 1974, as quais foram reunidas no livro *A microfísica do poder*, mostram uma produção de estudos históricos sobre as práticas observadas nos últimos séculos, entre os quais se destacam aqueles voltados para o corpo e adoecimento de sujeitos. Uma questão bastante abordada nessas conferências pode ser vista na intitulada “O nascimento da medicina social”. Nela, Foucault deixa enfatizada uma nascente razão de Estado, que ocorreu, sobretudo na Alemanha, Inglaterra e França, tendo naquele primeiro país a função de consolidação de seu território.

Com a medicina social, o Estado, no intuito de manter as condições de saúde no ambiente da cidade, utilizou-se de uma medicina que, diferentemente daquelas praticadas na Idade Média, tinha nesse período, como alvo, o corpo social e não os indivíduos, isoladamente (FOUCAULT, 1992). Já na conferência “Políticas de saúde no século XVIII”, publicada na coletânea *Microfísica do Poder*, Foucault dá destaque aos acontecimentos que demarcariam os setores de saúde nos séculos seguintes, ao analisar a emergência da promoção de saúde como um debate entre economistas (FOUCAULT, 1992).

Nesse texto, Foucault declara que a medicina moderna é um conjunto de técnicas privadas individuais e de tecnologias coletivas, as quais resultam em uma nosopolítica, à qual coloca a saúde como um problema de gerir as doenças dos pobres e torná-los úteis e dóceis para o trabalho, articuladamente à política geral de saúde. Outra questão é que a nosopolítica desloca os socorros que eram da esfera da assistência social para a de uma polícia médica higienista e de medicalização autoritária. Trata-se de difundir, pela educação e pela psicologia, as práticas normalizadoras do campo médico e as regras de higiene.

O bem-estar da população emerge como objeto de preocupação do Estado, tornando-se uma questão política e econômica. Foucault (1992, p 198) chega a ressaltar que os “traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica (...)”. Além da saúde do trabalhador, outro alvo dessas práticas de promoção e regulação médica era representado pela infância e a família. Tomar o desenvolvimento em suas condições úteis e um investimento futuro para que a infância seja útil é uma preocupação política e econômica da época e ainda do presente.

A relação pais-filhos ganha um novo objetivo, não mais dominação patriarcal, mas medicalização como um conjunto de cuidados e obrigações entre ambos, da ordem médica e psicológica, educativa e de cuidados e vigilância protetiva liberal. Vale destacar, em acréscimo, que a medicalização operou por uma higiene como controle social. A educação em saúde foi uma das maneiras de difundir esta perspectiva higienista da política instituída como preventivista da saúde.

A dieta como prevenção de doenças, a vacinação, a limpeza, os exercícios físicos, a ventilação e o cuidado com as vestimentas, a educação em saúde, a gestão dos espaços urbanos, o saneamento das cidades, a regulação da alimentação e o controle dos contágios estiveram entre as práticas de promoção e prevenção da saúde, na dimensão da medicalização da cidade. A desospitalização era uma proposta debatida nessa época, por economistas e sociedades de medicina, na França, na Inglaterra e na Alemanha.

Era preconizado o atendimento médico domiciliar, devendo a família funcionar como um hospital, assim como a comunidade. Com efeito, todo um corpo de trabalhadores denominados da saúde deveria atuar no espaço aberto da sociedade, de sorte que os hospitais seriam apenas equipamentos de internação breve e um lugar de passagem. Contudo, Foucault alerta que essa proposta funcionou mais

como uma utopia dessa época, pois o hospital permaneceu por bastante tempo, e ainda hoje, como uma principal referência de atendimento em saúde e controle da população.

Apesar das iniciativas de saúde coletiva e promoção/prevenção nas políticas de atenção básica e das políticas de promoção de saúde, ainda há uma ênfase na procura da lógica hospitalocêntrica e do consumo de fármacos que movem uma indústria da saúde. Encontramos uma materialidade e efetividade maior dessa utopia do século XVIII de promoção da saúde, nas últimas décadas do século XX e início do XXI, em concorrência, em alguns aspectos, e em articulação, em outros, com a racionalidade biomédica hospitalar.

O hospital deixa de ser lugar de assistência e se torna espaço terapêutico e máquina de curar, nas palavras de Foucault (1992). Passou igualmente a ser uma instituição de produção de saberes sobre o corpo e sobre as doenças, de formação médica e em saúde, local de observação sistemática e de visitas, ao longo do século XVIII e cada vez mais, nos últimos dois séculos. Para tanto, foi reorganizado na arquitetura e nas condições de limpeza e higiene, na contratação de profissionais e na regulação de uma administração técnica. O hospital deveria ser purificado de seus efeitos nocivos e medicalizante das desordens, posteriormente.

Foucault analisa, em *O nascimento da clínica*, como os hospitais, que até o século XVIII não eram *lócus* das preocupações com a saúde pública, e tampouco se constituíam espaço para a aprendizagem da medicina científica, “alteram as leis específicas que regem a doença” (FOUCAULT, 1994, p. 41), e passaram a ser lugar importante. De fato, a clínica, antes estranha à investigação dos cadáveres, muda e atemporal, passou a ter na anatomia o estabelecimento de novos saberes sobre o corpo, o que vem a ser somado aos avanços da bacteriologia.

O conhecimento oriundo das instituições hospitalares possibilitou a “emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico, e na terapêutica individual” (FOUCAULT, 1992, p. 194). Paralelamente ao estabelecimento das novas funções do hospital, com o alcance de uma medicina científica, a saúde pública destinada às populações também foi materializada enquanto instância científica e política dos chamados problemas de saúde; sendo, ao mesmo tempo, uma medicina individual e social, delimita uma prática do biopoder.

Esse processo, com o auge no cenário das grandes transformações europeias dos séculos XVII ao XIX, teve desdobramentos subsequentes nas colônias conquistadas na época. O caso brasileiro de instalação de uma medicina de Estado, que inexistia no Brasil-Colônia, por meio da fisicatura e do protomedicato, levou à instalação de preocupações com a saúde pública quando da instalação do Brasil-Império.

A partir do século XVII, no Brasil, os hospitais, que viviam de esmolas e atendiam com a assistência religiosa grupos sociais que estavam na miséria e próximos à morte, começam a funcionar pela centralidade médico-disciplinar, prescrevendo regras à vida inclusive dos que ali estavam internados (MACHADO, 1978). A partir de então, houve um deslocamento da figura do hospital como local de cuidado para a família e a comunidade, em um território dinâmico.

Outro deslocamento se deu em termos de perspectiva política, de uma vertente de tratamento curativo para uma de gestão de risco/perigos preventivos. Na noção de tratamento curativo, havia uma medicalização mais pautada em táticas biomédicas e, na segunda, de atendimento básico, na comunidade; nesse caso, as tecnologias são mais morais e de gestão de comportamentos e relações humanas.

Com as noções de biopoder e biopolítica, há uma mudança definitiva da consideração da centralidade do Estado na manutenção da vida como uma razão de Estado. A ameaça dos adoecimentos levou a circunscrição de sujeitos a normas e a um poder médico sem precedentes. A medicina passa a ocupar funções normalizadoras as quais ultrapassam a existência dos doentes e as demandas do doente.

Como ressalta o próprio Foucault (2011, p. 384): “Desde o século XVIII, a medicina não cessou de se ocupar do que não lhe diz respeito, ou seja, do que não se refere aos diferentes aspectos dos doentes e das doenças”. Diz respeito aos procedimentos de normalização, comparação, divisão,

classificação e demarcação dos sujeitos com relação à média, à marcação destes por meio de diagnósticos e o encaminhamento para correções. Essa extensão da medicalização opera juntamente com a internacionalização das decisões políticas e econômicas como polícia dos corpos e das populações.

O Estado tinha de lidar com problemas relativos aos adoecimentos, o que, em virtude do processo de globalização da economia, ultrapassava as fronteiras nacionais. Ainda que não seja alvo direto das análises de Foucault, é nessa perspectiva que se formaram agências internacionais, com a finalidade de pensar a saúde como uma preocupação transnacional. A Organização Panamericana de Saúde (OPAS), criada em 1905, foi a primeira organização internacional com vistas a dar encaminhamentos internacionais de saúde na região do Continente Americano, mas a Organização Mundial da Saúde (OMS), criada em 1948, foi o maior representante das instituições com essa função.

Por outro lado, a função do Estado em manter a vida, “em defesa da sociedade” (FOUCAULT, 1999), foi associada à função de atender aos direcionamentos da indústria tecnológica, que incluía a de fármacos, e se consolidava em meio ao século XX, quando foi possível um ápice da medicalização científica e, ao mesmo tempo, política, através da medicina preventiva, ancorada em diferentes artes de governar. Assim, a governamentalidade é sustentada na normalização biopolítica dos sujeitos.

E, governamentalidade, segundo Foucault, poderia ter sido o título do curso que apresentou, quando ministrava as aulas sobre o Nascimento da Biopolítica. A governamentalização da saúde aparentemente tem o Estado como seu motor, mas se mantém, por intermédio de programas incidentes sobre a saúde das pessoas, um modo de governo da vida das populações, de uma forma aceitável e orgânica de governo da vida, onde tudo é governável. Nesses espaços, a condução das condutas aparece como elemento a ser destacado, no sentido de que a conduta de cada sujeito não é livre, mas normatizada e conduzida com fins políticos. A análise da incidência do poder econômico sobre a condução dos processos de saúde ganhou contornos mais nítidos, no curso intitulado de “O nascimento da biopolítica”.

Nesse curso, Foucault é taxativo sobre considerar que a economia política está relacionada aos processos biopolíticos e de judicialização. Michel Foucault revisitou a biopolítica, já colocada sob o estandarte da governamentalidade, como modo móvel e fluido de se exercer poder, aliando a esta última a racionalidade do mercado, por meio da figura jurídica de regulamentação efetuada pelo Estado e pela sociedade. Esta racionalidade de um governo dos corpos por meio da promoção da saúde, no campo da biopolítica agencia práticas diversas em nome da prevenção de doenças e da ampla circulação de regras cotidianas e minuciosas de como cultivar a saúde e organizar a vida em nome de um projeto social e econômico de Estado.

Essa regulamentação implica uma judicialização da saúde e, ao mesmo tempo, uma normalização intensiva nos processos de promoção da saúde, com a generalização das estratégias de seguridade social como direito social. A expansão da promoção da saúde ocorre pela ampliação do controle dos corpos no biopoder, de maneira atrelada à segurança e ao governo das condutas, como dispositivo que faz da saúde um mercado crescente em nome da gerência da vida e da defesa da sociedade.

### **3 BIOPOLÍTICA, NORMALIZAÇÃO E MORALIZAÇÃO NA PROMOÇÃO DA SAÚDE**

Foucault faz uma desvinculação da norma do campo da biologia, remetendo-a ao campo social como uma grande rede de discursos, entre os quais os da saúde. Manteve, contudo, a medicina como um dos discursos normalizadores com forte e sólido suporte científico e desdobramentos políticos sobre os sujeitos. Regulamentar e padronizar, gerenciar e normalizar sociedade e corpos em nome da saúde é uma prática bastante comum na contemporaneidade, porém, ainda enfrenta resistências e é deslocado por uma diversidade de práticas sociais, às quais articulam uma complexa teia de maneiras de produzir saúde sem necessariamente ser reduzido e controlado pelo modelo biomédico da saúde coletiva preventivista.

Nesse momento de seu percurso, entendia Foucault que a normalização da sociedade moderna se dá através de verdades que “tendem para uma totalização e especificação maiores” (FOUCAULT 1995a). A ideia de normalização se dá em um tipo de ampliação dos estudos de Georges Canguilhem, que, na década de 1940, em sua obra *O normal e o patológico* efetua a crítica da transposição direta de normalidade originada na biologia para as lógicas dos valores.

Em face dos investimentos médicos sobre os homens os quais se encontravam entre os discursos daquela época, em emblemático estudo sobre os caminhos da medicina e outras práticas de saúde, Canguilhem (2002) reinstalava o homem como possível enquanto centro do que lhe fosse normalidade. Nesse sentido, o autor desloca as questões e permite que façamos a crítica aos modelos apresentados como prescrições unilaterais, realizando resistências no bojo de seus estudos e escritos.

A normalização cada vez mais é exercida por procedimentos de padronização, comparação, divisão, classificação e demarcação dos sujeitos com relação à média, à marcação destes por meio de diagnósticos e o encaminhamento para correções. A medicalização da vida faz parte desses procedimentos e é relativa à patologização das condutas individuais, presente em diversos tipos de práticas sociais “com apoio de variados campos de conhecimento, das ciências biológicas e médicas às ciências humanas e sociais” (PRADO FILHO, 2010).

Aliada à normalização na composição do dispositivo de promoção de saúde, temos a moralização difundida e operacionalizada pela medicalização autoritária, baseada na higiene física, social e mental, bem como nas regras de limpeza individual e urbana. Foucault (1992) assinalava que a extensão da medicalização autoritária se deu não apenas pela saúde coletiva, mas também pela generalização da psiquiatria e da psicologia, no plano do cotidiano das práticas sociais, em termos de controle massivo dos pobres e desviantes das normas sociais e em nome de uma moral psiquiátrica reguladora de qualquer tipo de situação que fosse delineada como desordem social e como revolta de massa.

A medicalização e a promoção de saúde operam pela moralidade e pela normalização com funções econômicas e políticas bem dispostas, no liberalismo e no neoliberalismo. O racismo biológico e cultural foi um dos mecanismos que colocou em cena o controle social no campo da gestão dos corpos disciplinarmente e biopoliticamente. A polícia médica da ordem focava mais intensamente os que eram classificados como desviantes e como anormais, assim como os que eram tachados de inferiores, inclusive a partir dos parâmetros produzidos por saberes e poderes pautados na medicalização da sociedade.

Associada ao racismo, a economia política passou a calcular a utilidade de investimentos em cada corpo, o lucro da internação e do trabalho forçado, a renda bilionária, obtida pela venda de fármacos e de psicofármacos, o comércio das normas e da moral, o consumo e *marketing* de acompanhamento do desenvolvimento humano e de suas paradas ou lentidões. O mercado da saúde opera e é expandido pela publicidade e por meio dos usos outros de medicamentos e receitas de vida, os quais explicitam apropriações de técnicas e remédios que extrapolam o previsto e oferecido em determinado momento e por um plano específico de difusão e interesses profissionais.

Trata-se de uma extensão indefinida dos campos possíveis para medicalização da vida, através da promoção da saúde vinculada à Economia e ao Bem-Estar Social. Extensão acompanhada por uma reinvenção constante de linhas de fuga que nos leva a evitar leituras totalizantes. Quais escapes podem ser identificáveis nas diretrizes para promoção de saúde, no Brasil? Insistamos nesse ponto, argumentando que as políticas de promoção de saúde revelam o que alguns autores chamam de medicalização incompleta. Temos cidades e lugares com alta incidência de medicalização e verdadeiros bolsões de miséria e de falta de acesso às políticas consideradas mais básicas de vida, o que tem sido definido como determinantes socioeconômicos da saúde, no desenho do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao refletir sobre o cenário contemporâneo das políticas de saúde, no Brasil, Nunes (2009) propõe pensar em uma “Justiça Sanitária” que nos permite entrever como o vocabulário das reivin-



dicações é judicializado sem que necessariamente presumam a crítica aos dispositivos que sustentam as iniquidades e desigualdades às quais se opõem (NUNES, 2009). Um campo de tensão é instalado novamente, pois há pessoas que morrem em filas de espera por exames e por cirurgias, aguardando tratamentos por meses e anos a fio. Assim, utilizam estratégias de judicialização da saúde como resistência diante do descaso e da falta de cuidado efetivo, em termos de violação de direitos chamados de fundamentais, na esfera da soberania jurídica de poder, ou seja, no campo de uma noção de poder como legitimidade contratual.

Ademais, um perigo é forjado concomitantemente a esse campo de luta por garantias de direitos, porque a encomenda jurídica pode ser intensificada de tal modo que passa a criar um dispositivo de dominação judicial, aliado ao de medicalização, o que deve ser alvo de problematização histórica. A judicialização pode ser acionada concomitantemente à medicalização no aumento das encomendas patologizantes e criminalizadoras dos modos de viver e deixar morrer de uma certa sociedade, em que a vida entra nos cálculos e agenciamentos políticos da história.

Com esse operador conceitual, o autor salienta que, da reivindicação do “direito à saúde”, passa-se, em diversas situações localizadas, a uma reivindicação do “direito à doença”, que culmina, portanto, numa ampliação da medicalização da vida. Lembremos que as políticas de promoção de saúde derivaram da luta ativa por parte da sociedade civil identificada como diretamente afetada por determinadas patologias.

Para uma abordagem mais ampla da constituição, pela acção pública, mobilizações de colectivos “afectados” ou “órfãos” nos domínios da saúde e do ambiente, consagrado nas ciências sociais, concepções ampliadas de saúde são mobilizadas para reivindicar, precisamente, a medicalização de certas perturbações e de certos problemas, através do seu reconhecimento como doenças, com causas e etiologias por vezes desconhecidas ou complexas. É através do processo de identificação dessas causas e etiologias que toma forma, em muitos casos, a luta pela saúde como direito. (NUNES, 2009, p. 155-156).

Para o autor, as reivindicações por políticas de promoção de saúde estão apenas parcialmente atadas ao dispositivo biomédico no qual se apoiam, porque terminam por operar uma medicalização incompleta, na medida em que também possibilitam uma crítica à medicalização da vida, em termos dos efeitos iatrogênicos produzidos pela hospitalização excessiva e pelo uso indiscriminado de medicamentos e exames, com o uso de equipamentos que geram efeitos negativos na produção da saúde. Outro aspecto de resistência da política de promoção de saúde é a crítica à internação, na medida em que propõe atendimentos em meio aberto, sem segregação.

Alguns autores designam este processo por (bio)medicalização incompleta ou parcial (Dumit, 2006, Klawiter, 2002). Deparamos, assim, com o aparente paradoxo de as concepções “ampliadas” de saúde tomarem forma através de um processo que se centra, precisamente, na identificação e definição de doenças, das suas causas, da sua etiologia e dos modos de actuar sobre esta e sobre os seus efeitos, mas que, ao mesmo tempo, exige o recurso a modelos explicativos e a modos de conhecimento que ampliam ou transformam os saberes biomédicos. Por outras palavras, realizar o direito à saúde pode passar por reconfigurar os saberes da biomedicina e da epidemiologia sobre as doenças. (NUNES, 2009, p. 157).

Na medicalização incompleta das políticas de promoção à saúde, no Brasil, as alianças com os princípios de moralidade herdados da polícia das famílias e atualizados pela Filantropia permanecem como um eixo norteador das diretrizes apoiadas na normalização e moralizadora das condutas, por meio dos jogos estratégicos e tensões entre organismos multilaterais, Estado e Sociedade Civil. Em certo

sentido, as observações de Nunes (2009) recuperam aspectos que haviam sido tratados por Foucault (2011), ao lidar com o que chamou de crise da Medicina ou crise da Antimedicina.

Em tempos de avanços das neurociências, de mercado da saúde ampliado por interações e realização de exames desnecessários e de prescrição exacerbada de medicamentos, a política de promoção de saúde pode fazer vibrar linhas de fuga e resistências paralelamente aos novos perigos de aumentar concomitantemente os processos de medicalização. Eis o desafio: promover saúde sem fazer higienismo social e sem normalizar meticulosamente a vida. Como cuidar com mais agonística e menos moralização? De que forma tensionar a biomedicina, com a política de promoção de saúde?

#### 4 (RE)CONSIDERAÇÕES

No Curso intitulado “O Nascimento da Biopolítica”, Foucault encontrava a relação mais clara do biopoder, das disciplinas e da biopolítica, com os mecanismos econômicos já articulados com a ideia de mundialização e liberalismo econômico. Introduz os textos desse curso, salientando: “Só depois que soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo, é que podemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica” (FOUCAULT, 2008b, p. 30).

Nesse trabalho, Foucault revisitou sua ideia de biopolítica, já colocada sob o estandarte da governamentalidade, como modo móvel e fluido de se exercer poder, aliando a esta última a racionalidade do mercado, por meio da figura jurídica do Estado. As práticas de saúde se incluem entre as políticas sociais, buscam bem-estar das pessoas, em articulação com a economia de mercado.

Na atenção primária, sobretudo nos últimos anos, vêm ocorrendo práticas as quais envolvem mecanismos de controle mais aprimorados que os disciplinares: a territorialização, o monitoramento, as atividades de atualização diagnóstica, a prevenção e a promoção da saúde, o cadastro familiar, entre outros, coloca vicissitudes na compreensão dos processos de subjetivação daí advindos.

A norma e a polícia das famílias (COSTA, 1983) se atualizam como procedimentos operacionais a serem cumpridos, tais como cadastros, prontuários e outros descritores de condutas (ROSE, 2011). O governo da população considera a família como segmento privilegiado de cuidado em saúde; ao mesmo tempo, destaca a infância, no interior desse grupo social, em um território recortado em termos disciplinares de controle dos corpos no espaço.

A dinâmica do território, dos bens, dos grupos, dos equipamentos e dos financiamentos, das gestões e disputas de saberes em sistemas de cuidado mais pautados na descentralização política e na dimensão da comunidade e da família possibilita redes mais finas de controle, na mesma medida em que facilita as resistências corpo a corpo, na negociação de como ser governado e por quem ser governado. Absolutamente, não se pode fazer uma restrição dos estudos de Foucault ao campo da saúde, todavia, é possível pensar a partir das análises de poder e saber feitas por ele sobre o acontecimento promoção de saúde, tendo em vista as descontinuidades e a heterogeneidade dos discursos, instituições e práticas de governamentalidade mobilizadas.

É evidente também, com Foucault, que práticas de saúde ainda se constituem sob a égide de manter corpos e populações vivos e/ou em sobrevivência, sob os auspícios da economia e da política empreendedora. Nesse sentido, desdobram-se, do percurso, conceitos importantes, como o de biopoder, disciplina, biopolítica, governamentalidade e norma.

Esse conjunto de conceitos representa recursos essenciais para o a problematização de acontecimentos de saúde que incidem sobre os corpos. Em meio ao percurso da visibilidade, as ferramentas metodológicas encontradas por Foucault deixam pistas de várias possibilidades de se empreender conhecimentos ou, nos dizeres dele, problematizações sobre as práticas sociais e de saúde.

Poder e saber são agenciados pela promoção de saúde, no campo problemático do biopoder, ou seja, da entrada da vida na história como espécie biológica, por meio da extensão da medicina social a toda população, gerando medicalização extrema para alguns, até mesmo sob o auspício da judicicia-

lização. Todavia, a promoção da saúde instala um paradoxo, na medida em que também permite a crítica da biomedicina e, portanto, da própria medicalização em suas linhas mais duras e pesadas de segregação e de práticas autoritárias. Um dispositivo opera novas liberdades e cria novos perigos e controles sociais.

A problematização das condições de emergência e proveniência das políticas sociais de promoção de saúde nos conduz à atuação dos organismos internacionais e de equipamentos nacionais, regionais e locais. Auxilia-nos a pensar e interrogar os modos de cuidar e produzir saúde, em termos de multiplicidade de forças em que, onde há poder, há resistências.

Ou seja, não há o fora do poder-saber, pois a agonística, na ética, na estética e na política (FOUCAULT, 1995b), acontece em meio ao jogo de forças, nas táticas governamentalizadas das tentativas do governo da vida, nas políticas de saúde, no contemporâneo. No mesmo movimento em que a vida e a política são articuladas em um agenciamento produtivo de governo da sociedade, o mercado captura as forças e as reorganiza no empresariamento dos direitos fundamentais, como o direito à saúde e à educação. E, neste mesmo campo móvel de forças, há uma dinâmica que rompe acordos e desloca racionalidades por meio de processos variados de resistências, em que a potência da vida pode ser um dispositivo disruptivo da biopolítica, no mercado neoliberal.

## REFERÊNCIAS

- AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva**. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Consolidado Histórico de Cobertura de Saúde da Família**. Brasília, 2010. Recuperado em 12 de fevereiro de 2010, de: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Recuperado em 9 de março de 2009, de: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/07.pdf>>.
- CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. Recuperado em 15 de maio de 2008, de: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100010&lng=pt&nrm=iso)>.
- COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. (2a.ed.) Rio de Janeiro: Graal, 1983.
- DELEUZE, Gilles. ¿Qué es un dispositivo? In: BALBIER, Ernest et al. **Michel Foucault, filósofo**. 2.ed. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-163.
- FOUCAULT, Michel. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988.
- FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.
- FOUCAULT, Michel **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.
- FOUCAULT, Michel. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert Dreyfus & RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. (pp.231-251). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a.
- FOUCAULT, Michel. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. In: DREYFUS, Hubert & RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. (pp.231-251). Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b.
- FOUCAULT, Michel. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Petrópolis: Vozes, 1997.
- FOUCAULT, Michel. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.
- FOUCAULT, Michel. Ética do cuidado de si como prática de liberdade In: MOTTA, Manoel Barros da (Org.) **Foucault: ética, sexualidade e política**. (Ditos e Escritos VII). (pp.264-287). Rio de Janeiro: São Paulo: Forense Universitária, 2004.
- FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.
- FOUCAULT, Michel. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b
- FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da anti-medicina. In: MOTTA, Manoel Barros da (Org.) **Foucault: arte, epistemologia, filosofia, história da medicina**. (Ditos e Escritos VII). (pp.374-373). Rio de Janeiro: São Paulo: Forense Universitária, 2011.
- LIMA, Nísia Trindade. **O Brasil e a Organização Pan-americana de saúde: uma história em três dimensões**. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 23-116.
- LOPES, Ana Maria. **Saúde no processo de democratização brasileiro: promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na constituição de sujeitos da saúde**. Tese de Doutorado, defendida no Programa de Pós-graduação em Psicologia – UFSC, 2012.

MACHADO, Roberto et al. **Danação da norma: a medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1978.

NUNES, João Arriscado. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, 87: 143-169, 2009.

PRADO FILHO, Kleber. **Michel Foucault: uma história da governamentalidade**. Rio de Janeiro: Insular; Achiamé, 2006.

PRADO FILHO, Kleber. Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais modernas. In: CA-PONI, Sandra (Org). **Medicalização da vida: ética, saúde pública e indústria farmacêutica**. (pp. 183-191). Palhoça: Unisul, 2010.

ROSE, Nikolas. **Inventando nossos selfs. Psicologia, poder e subjetividade**. Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

ROSEN, George. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec; UNESP; Rio de Janeiro: ABRASCO, 1994.

<b>Histórico</b>	Recebido em: 07/05/2016 Revisado em: 17/03/2019 Aceito em: 25/06/2019
<b>Contribuição</b>	Concepção: AL; FL; DG; KPF; RSD Coleta de dados: AL Análise de dados: AL; KPF Elaboração do manuscrito: FL; AL; DG; KPF; RSD Revisões de conteúdo intelectual importante: FL; KPF; DG Aprovação final do manuscrito: FL; AL; KPF; DG; RSD
<b>Financiamento</b>	Coordenação de Aperfeiçoamento do Ensino Superior - CAPES