



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE ESTUDOS INTERDISCIPLINARES DE COMUNIDADES E ECOLOGIA SOCIAL

***PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEU ALCANCE BIOPOLÍTICO:
A ÊNFASE NO DISCURSO DA AUTONOMIA***

Por Mariama Augusto Furtado
Orientadora: Ana Maria Szapiro

Rio de Janeiro
2010

Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia

Por Mariama Augusto Furtado

Dissertação de Mestrado apresentada ao programa EICOS de Pós-Graduação em Psicossociologia, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Psicossociologia.

Orientadora: Ana Maria Szapiro

Janeiro / 2010

FOLHA DE APROVAÇÃO

PROMOÇÃO DA SAÚDE E SEU ALCANCE BIOPOLÍTICO:
A ÊNFASE NO DISCURSO DA AUTONOMIA

Aluna: Mariama Augusto Furtado

Banca Examinadora:

Rio de Janeiro
2010

A Náusea,
Jean Paul Sartre

Essa espécie de ruminação dolorosa – existo-,
sou eu que a alimento.
Eu.
O corpo vive sozinho,
uma vez que começou a viver.
Mas o pensamento...sou eu que lhe dou continuidade,
que o desenvolvo.
Existo. Penso que existo.
Que serpentina comprida esse sentimento de existir-
eu a desenrolo muito lentamente...
Se pudesse me impedir de pensar!
Tento, consigo:
parece-me que minha cabeça se enche de fumaça...
e eis que tudo recomeça: “Fumaça...não pensar...
Não quero pensar...
Não devo pensar que não quero pensar
Porque isso também é um pensamento”.
Será que não termina nunca?
Meu pensamento sou eu: eis porque não posso parar.
Existo porque penso...
e não posso me impedir de pensar.

Agradecimentos

Agradeço Especialmente,

Aos meus queridos pais Afonso Maria e Deize Furtado, e ao irmão Pablo Furtado, por serem pessoas tão maravilhosas e meus companheiros, sempre ao meu lado incentivando e apoiando minhas escolhas profissionais. Agradeço acima de tudo por me proporcionarem uma atmosfera familiar de amor e compreensão que me trazem a segurança e a tranquilidade necessárias para a dedicação aos estudos.

A minha orientadora Ana Maria Szapiro,

Com quem tenho o prazer de trabalhar desde o ano de 2005. Foi minha orientadora de monografia, supervisora clínica, depois orientadora no mestrado, e futuramente no doutorado ... enfim, uma longa caminhada de estudo e dedicação. São incalculáveis todas as coisas boas que o convívio com você me acrescentaram. Exigente, competente, estudiosa e absolutamente presente como orientadora, conquistou profunda admiração e despertou em mim um enorme desejo pela vida acadêmica. Seu pensamento crítico e a maneira cuidadosa com que se dedica ao nosso trabalho me fazem ter a certeza que valeu e vale a pena todo meu esforço! Obrigada, querida Ana, por tudo!! E espero com você continuar minha caminhada...

Agradeço ainda,

A CAPES,

por financiar esta pesquisa através da concessão de bolsa de estudo.

Aos professores do Programa Eicos,

pelo respeito e seriedade com que conduzem o trabalho. Me sinto honrada em fazer parte do programa.

Aos queridos Carmem e Ricardo, secretários do Eicos,

pelo carinho, acolhimento, simpatia e pela forma respeitosa com que tratam os alunos.

À prof^ª. Rosa Pedro do Programa EICOS,

pela contribuição com suas idéias no exame de qualificação, que me foram bastante inspiradoras. Sempre crítica, de uma sutileza admirável, gostaria de dizer que admiro profundamente seu trabalho.

Ao prof. Arthur Arruda do Programa EICOS,

que me orientou nos períodos de graduação, pelos ensinamentos que constituíram a base de tudo que posteriormente busquei desenvolver em minhas pesquisas.

Ao prof. Patrick Berthier da Universidade Paris VIII,

com quem tive a oportunidade de assistir seminários em sua universidade e também como visitante na UFRJ, pelas contribuições teóricas que pude extrair de seus cursos e das conversas agradáveis que tivemos.

Ao prof. Dany-Robert Dufour da Universidade Paris VIII,

pela oportunidade de poder conhecer o seu trabalho mais de perto, assistindo seus seminários, conferências e aprendendo com a leitura de seus livros. Sem dúvida um autor de forte influência no meu trabalho.

À prof^ª. Marília Amorim da Universidade Paris VIII,

pela cordialidade com que me recebeu em sua universidade e pelas contribuições teóricas para o meu trabalho.

À amiga Renata Leite,
por estar comigo em todos os momentos da minha trajetória na Universidade. Uma grande companheira que muito inspira meu pensamento em nossas longas e divertidas discussões teóricas.
À querida Celeste Emerick, da Fundação Oswaldo Cruz,
por ser uma pessoa especial em minha vida sempre estimulando minha carreira. Para mim você é um grande exemplo profissional, algo que espero ser “quando crescer”. Parabéns pelo sucesso e obrigada por tudo.

À amiga Mariana Vaz Caetano,
Meu anjinho da guarda, com quem compartilho momentos de profundidade e espiritualidade. Obrigada por estar na minha vida de maneira tão verdadeira e fraterna.

À Sonia Batista do HESFA/UFRJ,
minha chefinha querida, companheira de congresso, por sempre me apoiar tanto me abrindo portas profissionais. Se tornou alguém muito especial, por quem tenho profunda admiração por seu engajamento político, sua competência profissional e por sua paixão por aquilo que faz.

Ao prof. Pablo Dias Fortes,
com quem comecei a germinar as idéias aqui presentes quando foi meu orientador no Curso de Especialização em Saúde Pública na Fiocruz (2007), pela confiança que depositou no meu trabalho nesta ocasião.

Aos amigos André Soares e Fabiano Siqueira,
por serem meus amigos de quinta sonora, de tardes no campinho a pensar na vida, de desencontro estético, momentos de nossa vida universitária que sem dúvidas jamais esqueceremos.

Dedicatória

Dedico este trabalho ao querido Lalo Emerick Bravo,

Músico, poeta, amante da vida, sociólogo auto-didata, livre pensador! Pessoa importante em minha vida, eterno companheiro.

Dedico a você este trabalho, pois você é parte dele, está presente em cada página. Filósofo por natureza, sempre me estimulou a pensar mais profundamente, a ir mais além e mais abstrato. A buscar sair da superfície das coisas e vê-las sem as amarras das idéias normativas e das pressões sociais.

Irreverente, não aceita nada que venha pronto. Quer pensar tudo a seu modo, como um verdadeiro nietzschiano. Sua maneira de ser e pensar o mundo tem forte influência sobre o que sou e é fonte de inspiração que move meu pensamento.

A despeito de toda admiração intelectual que lhe tenho, de fato te amo pela pessoa sensível que você é.

“O espírito científico proíbe que tenhamos opiniões sobre questões que não compreendemos, sobre questões que não sabemos formular com clareza. Em primeiro lugar é preciso saber formular problemas, e na vida científica os problemas não se formulam de modo espontâneo. Para o espírito científico todo conhecimento é a resposta a uma pergunta. Se não há pergunta não pode haver conhecimento científico”.

Gaston Bachelard, em *A Formação do Espírito Científico*

RESUMO

A Promoção da Saúde é uma das prerrogativas levantadas pela Nova Saúde Pública, que surge no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental e se propaga de forma mais vigorosa nos últimos vinte e cinco anos. Partindo de um conceito amplo de saúde, por um lado, tal concepção introduz as dimensões sócio-ambientais como integrantes do processo de adoecimento. Por outro lado, pretende-se analisar de que modo o campo discursivo da saúde promocional sugere uma padronização de estilos de vida considerados saudáveis, numa perspectiva que parte da ênfase na autonomia e responsabilidade individual pelo cuidado com a saúde, e que utiliza conceitos e estratégias tais como marketing social, economia em saúde, dentre outras. Temos como objetivo, portanto, identificar os pressupostos políticos subjacentes à ênfase que o discurso da Promoção da Saúde vem conferindo à noção de *autonomia* e suas possíveis conseqüências no âmbito das práticas em saúde por um lado, e na produção subjetiva por outro. Utilizamos como ferramentas metodológicas a análise do discurso da Política Nacional de Promoção da Saúde (2005), bem como uma revisão bibliográfica que parte da leitura de textos da obra foucaultiana, de Norbert Elias, Bauman, do filósofo Dany-Dufour, de autores contemporâneos da área da saúde, dentre outros. Os resultados dessa tendência contribuíram para a transformação das concepções de individualidade, autonomia, sociabilidade e suas formas de regulação. Daí a pertinência de buscar esclarecer a natureza da individualidade em sua fase pós-moderna e, especificamente, como as práticas de saúde interferem nesta construção. O cuidado autônomo com a saúde é um ponto importante na discussão sobre as práticas 'iatrogênicas' que desconsideram o saber e a autonomia dos sujeitos, muito embora paradoxalmente, quando pensada em termos de política pública de Estado, possa corrompê-la. Essa tensão extremamente sensível marca a complexa relação entre a responsabilidade individual e o âmbito da coletividade no contexto das práticas contemporâneas de saúde. Concluimos que é razoável afirmar que há um nível individual que influencia e é uma parte importante do cuidado com a saúde, entretanto a escolha individual é secundária na definição da qualidade de saúde da população – que está mais ligada aos determinantes sociais-, não devendo servir como parâmetro fundamental na constituição das políticas públicas de saúde. Sendo assim, o grande desafio que se enfrenta atualmente no campo da saúde é não descartar a idéia da ação autônoma, ao mesmo tempo em que se coloca a necessidade de realizar uma crítica das versões atuais de autonomia, que possam ser colonizadas e manipuladas pelas novas políticas liberais.

Palavras-chaves: Autonomia, Políticas Públicas, Pós-Modernidade, Promoção da Saúde

ABSTRACT

Health Promotion is one of the privileges raised by the New Public Health, which arises in Canada, the United States and Western European countries and spreads more vigorously in the last twenty-five years. Starting from a broad concept of health on the one hand, this concept introduces the socio-environmental as members of the disease process. Otherwise, we will analyze how the discourse of health promotion suggests a pattern of lifestyles to be healthy, a view that the emphasis on autonomy and individual responsibility for health care, and concepts and strategies such as social marketing, health economics, among others. Our objective, therefore, identify the political assumptions underlying the emphasis that the discourse of Health Promotion is giving the concept of autonomy and their possible consequences in the context of health practices on the one hand, and the production of the other subjective. We used the tools of methodology, discourse analysis of the National Health Promotion (2005), as well as an literature review that part of the reading of texts of the work of Foucault, Norbert Elias, Bauman, the philosopher Dany-Dufour, contemporary authors health care, among others. The results of this trend contributed to the transformation of classical concepts of individuality, autonomy, sociability and its forms of regulation. Because of that, it is important to clarify the nature of individuality in his post-modern and, specifically, how the health practices affect this construction. The self-care to health is an important point in the discussion of the practices 'iatrogenic' disregard that knowledge and autonomy of individuals, although paradoxically, when thought of in terms of public policy for the state, can corrupt it. This tension extremely sensitive mark the complex relationship between individual responsibility and scope of the community in the context of contemporary health practices. We conclude that it is reasonable to assert that there is an individual that influences and is an important part of health care, individual choice however is secondary in defining the quality of health of the population - which is more linked to social determinants, and not be used as the basic parameter in the formation of public health policies. Thus, the major challenge being faced today in the health field is not drop the idea of autonomous action, while it raises the need for a critique of current versions of autonomy, which can be settled and handled by the new liberal policies.

Key Words: Autonomy, Public Policy, Post-Modernity, Health Promotion

Sumário

Introdução	11
A pesquisa	13
1. Hipótese de Trabalho	13
2. Objetivos	14
3. Metodologia	14
4. Justificativa	15
Capítulo 1: Da Medicina Preventiva à Saúde Coletiva no Brasil	18
1. Da Higiene ao surgimento da Medicina Preventiva	19
2. Elementos Extra-discursivos	20
3. Delimitação do objeto da Medicina Preventiva	22
4. Medicina e Sociedade	26
5. Sobre a origem da Saúde Coletiva e as bases para a Promoção da Saúde	29
Capítulo 2: Aspectos teórico-conceituais da Promoção da Saúde	32
1. O modelo biomédico <i>versus</i> a noção Canguilhemiana de saúde e doença	32
2. Ampliando o conceito de saúde	35
3. Marcos conceituais da Promoção da Saúde	38
4. Análise de alguns pontos da Política Nacional de Promoção da Saúde	46
5. Sobre a noção de <i>empowerment</i> e suas contradições	52
Capítulo 3: Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico	55
1. A emergência do dispositivo disciplinar	55

2. Sobre a Biopolítica	57
3. O Nascimento da Medicina Social	58
4. Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico	62
Capítulo 4: <i>Liberdade e Autonomia – O projeto da Modernidade</i>	65
1. A individualização no processo social	67
2. As bênçãos mistas da Liberdade	73
3. Biopolítica do totalitarismo moderno e a “crise” da Modernidade	77
Capítulo 5: <i>Instrumentalização e pluralização da autonomia na era Pós-Iluminista</i>	83
1. Caracterizando a passagem para a Pós-Modernidade	83
2. Do individualismo Moderno ao egoísmo Pós-Moderno	87
3. Até que ponto é livre o homem livre?	91
4. O ideal de saúde perfeita	93
5. Gestão dos Riscos: proteção do corpo e ação autônoma em saúde	99
6. Sobre a saúde no quadro da ideologia neoliberal	103
Considerações Finais	111
Referências Bibliográficas	116

Introdução

Muitos autores do campo da Saúde Coletiva têm discutido sobre o conceito de saúde propondo sua ampliação; buscando superar as limitações do modelo biomédico de compreensão do processo de adoecimento, segundo o qual a saúde é definida como a ausência de doença. Este trabalho propõe analisar as noções contemporâneas de saúde, tomando como objeto mais especificamente a corrente da Promoção da Saúde.

Na perspectiva do modelo biomédico, a doença é considerada como um mau funcionamento do corpo biológico, entendido como análogo a uma máquina. As críticas a este modelo argumentam que pensar o corpo apenas como um conjunto de funções e constante fisiológicas seria destituí-lo de sua historicidade e subjetividade.

Ampliar o conceito de saúde significaria, portanto, superar o modelo biomédico e introduzir as dimensões sociais, ambientais e psicológicas como partes integrantes do processo saúde-doença. Uma vez ancorada nesta perspectiva ampliada, as ações de saúde ultrapassam as intervenções clínicas e passam a compreender também os determinantes sócio-ambientais da doença. Tais ações devem envolver diversos setores (intersectoriais) e foram batizadas de ações de Promoção da Saúde, a partir dos anos 70. Entretanto, encontramos na história da medicina social dispositivos de intervenções sobre a saúde e a doença, que parecem sinalizar que ações voltadas para a melhoria da saúde da população, dos ambientes e da qualidade de vida já eram realizadas antes de terem sido assim nomeadas, em outras palavras, antes do surgimento da idéia de que devemos ‘promover’ saúde.

Então a pergunta é onde nasce, em que momento e como se constrói a idéia de ‘promover’ saúde? Compreendemos que a idéia de ‘promover’ é diferente da idéia de ‘prevenir’, por isso logo no primeiro capítulo tratamos do tema da medicina preventiva a fim de construir uma gênese conceitual que nos permite por um lado pensar sobre esta diferença, e por outro compreender como a medicina preventiva se ramificará abrindo espaço para o surgimento mais adiante de uma medicina promotora.

A idéia de ‘promoção da saúde’ incorporou a construção de uma nova concepção de saúde. No segundo capítulo apresentamos, portanto, os aspectos conceituais da medicina promotora e o conceito ampliado de saúde assimilado por ela.

No terceiro capítulo nos remetemos à história da medicina e das políticas de saúde no século XVIII (Foucault, 2004), a fim de mostrar – com o auxílio do trabalho de Foucault - que a medicina moderna nasceu social e as políticas de saúde eram, desde o início, voltadas para ações de cuidado com o ambiente, condições de saneamento, etc. Já nesta época, quando o Estado passou a se preocupar e intervir na vida do cidadão com o objetivo de “*fazer viver*”, as ações de

saúde encaravam a necessidade de tornar os ambientes salubres e arejados, porque já era notável que as condições sócio-ambientais determinavam os padrões de saúde ou doença. Tais ações se tornaram possíveis a partir do surgimento da idéia de “população”, da saúde como bem social a ser preservado e estimulado, isto que Foucault denominou “biopolítica”. A análise de Foucault acerca do *bio-poder* oferece elementos importantes para a compreensão do discurso da Promoção da Saúde, ao problematizar o cruzamento das técnicas de poder direcionadas ao indivíduo com aquelas direcionadas à totalidade da população.

Contudo vale ressaltar que, por um lado, o ideário da Promoção da Saúde de fato contribuiu para o debate sobre as práticas em saúde, propondo a ampliação do conceito de saúde que pretende escapar do modelo hegemônico hospitalocêntrico. A importância das ações integradas, das intervenções nos determinantes sociais do processo de adoecimento, assim como das críticas ao modelo biomédico abrem questões novas que cabem serem analisadas.

Por outro lado, a saúde promocional em suas formulações apresenta fragilidades quanto às questões relativas a seus fundamentos conceituais. Ao tratar do tema da ‘autonomia’, por exemplo, a promoção da saúde tangencia um campo de discussão que exige intensa reflexão teórica. Acreditamos que a noção de autonomia presente neste discurso reflete importantes transformações contemporâneas no que diz respeito à idéia de liberdade e de autonomia, e deste modo promove alguns impactos no campo da saúde, sobre os quais também nos debruçaremos neste trabalho. Assim sendo, no quarto capítulo apresentamos algumas características que marcaram o projeto da Modernidade, as discussões a cerca da autonomia e do surgimento da noção de indivíduo como um valor central.

Assim, quando o discurso da promoção especifica certos ‘estilos de vida’ como fatores que determinariam o estado de saúde ou doença, o cuidado com a saúde passa a ser responsabilidade do próprio indivíduo, cabendo a ele adotar comportamentos e hábitos que promovam sua saúde. De certa maneira, introduz-se aí um deslocamento do papel dos serviços de saúde e, portanto, do Estado, como provedor de políticas públicas de cuidado com a saúde da população; o que parece estar em consonância com as políticas liberais que defendem a diminuição da intervenção do Estado na sociedade.

Não parece por acaso que a conformação do discurso da Nova Saúde Pública¹, enfatizando a responsabilidade individual e os hábitos de vida, tenha surgido no contexto das

¹ A “Nova Saúde Pública” é uma das vertentes do movimento de renovação que apontava para a necessidade de novos paradigmas no campo da saúde pública, com base na estratégia “Saúde para todos no Ano 2000” lançada pela Assembléia Mundial de Saúde em 1977. Esta nova abordagem da saúde pública enfatiza a natureza multidimensional dos problemas relacionados à saúde, juntamente com a ênfase na promoção da “escolha informada” (Oliveira, 2005), que inaugura o campo da Promoção da Saúde. Ao invés da ‘antiga’ saúde pública, que focalizava as causas individuais das doenças, o novo movimento enfatizava as influências sócio-ambientais nos padrões de saúde. Na América Latina, paralelamente se desenvolvia um outro movimento que ficou conhecido como Saúde Coletiva.

sociedades capitalistas neoliberais da última década do século XX. Estas são algumas das questões trabalhadas no quinto e último capítulo.

É igualmente necessário questionar o conteúdo de alguns enunciados presentes no discurso da saúde promocional, como por exemplo a idéia de “hábitos saudáveis”. Seria interessante perguntarmos de que pressupostos partem as definições sobre o que são hábitos saudáveis? De que modo pode-se estabelecer tal definição?

Embora incorporando uma extensão do campo da saúde observamos que o discurso da Promoção de certo modo atém-se à superfície de alguns dos fenômenos que determinam o campo da saúde sem aprofundar certos aspectos da relação entre o cuidado individual com a saúde e as condições sócio-econômicas vigentes. Pretendo, portanto, contribuir para o debate sobre a saúde promocional, de modo a trazer para a cena tais reflexões.

Por fim, nesta dissertação procura-se adotar uma postura de estranhamento diante dos padrões conceituais e da prática em saúde que se mostram hoje excessivamente naturalizadas. Deste modo, tomamos a promoção da saúde como uma prática que precisa ser revisitada e seus conceitos constantemente problematizados de modo a provocar mudanças na maneira como pensamos em “promover saúde”. A questão que subjaz ao objetivo desta pesquisa poderia ser orientada em direção a uma indagação maior: que ‘*sujeitos*’ e que subjetividades estão se produzindo através do atual discurso da promoção da saúde?

A pesquisa

I.1) Hipótese de Trabalho

Partimos da hipótese que o discurso promocional através da ênfase na autonomia e na responsabilidade individual no cuidado com a saúde tem contribuído para consolidar as políticas liberais no setor saúde. Identificamos nesta concepção a visão de que os cuidados em saúde são um peso para as finanças dos Estados e um obstáculo para o crescimento da riqueza, com a tendência a considerar – conforme a expressão de Berlinguer (2008) - os recursos destinados à saúde como “gastos em saúde”.

I.2) Objetivo Geral

Identificar os pressupostos políticos subjacentes à ênfase que o discurso da Promoção da Saúde vem conferindo à noção de *autonomia* e suas possíveis conseqüências no âmbito das práticas em saúde por um lado, e na produção subjetiva por outro.

I.3) Objetivos específicos

- Construir um breve panorama histórico-conceitual do campo da saúde, que parte do surgimento da Medicina Preventiva à emergência da Saúde Coletiva no Brasil;
- Identificar os pressupostos políticos da Promoção da Saúde;
- Analisar a noção de autonomia tal como inaugurada no projeto da Modernidade;
- Compreender a apreensão da noção de autonomia no contexto contemporâneo e sua articulação com as práticas atuais no campo da promoção da saúde.

I.4) Metodologia

A investigação presente sobre a Promoção da Saúde se constitui como um *estudo bibliográfico*, composto com base em diversos autores dentre os quais destacamos Michel Foucault, Georges Canguilhem, Norbert Elias, Jean Clavreul, Roland Gori, Dany-Robert Dufour, Bauman, dentre outros, que darão um suporte teórico ao estudo, a partir do qual será possível estabelecer as bases para análises e reflexões a respeito do campo da saúde na atualidade e a emergência da problemática atual quanto à ênfase na autonomia e na responsabilidade individual no cuidado com a saúde.

Uma vez assentados numa perspectiva teórica construída a partir da leitura destes autores, pretendemos ainda utilizar a seguinte ferramenta para realizar a pesquisa:

- ANÁLISE DOCUMENTAL: Análise das leis e decretos envolvidos na implementação e consolidação do modelo. Selecionamos para a análise o documento do Programa Nacional de Promoção da Saúde (2006), e outros documentos tomados como referência a partir da qual construímos nossas reflexões, tais como: Carta de Ottawa; Carta de Bogotá; Relatório Lalonde; Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em Saúde (Banco Mundial); A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90 (Banco Mundial).

I.5) Justificativa

Esta investigação pretende identificar os pressupostos políticos subjacentes à ênfase que o discurso da Promoção da Saúde vem conferindo à noção de *autonomia* e suas possíveis conseqüências no âmbito das práticas em saúde por um lado, e na produção subjetiva por outro.

A justificativa para a busca na literatura de um embasamento que respondesse por essa análise está na relevância das temáticas tratadas para a formulação de um modelo de Promoção da Saúde que de fato esteja comprometido com a instituição de novos olhares sobre o processo de adoecimento e seus determinantes, sendo capaz de romper com a hegemonia do modelo biomédico sem com isso deslizar para uma perspectiva que focaliza no indivíduo a responsabilidade pelo cuidado de sua saúde e que parte de uma visão que idealiza as possibilidades individuais de escolha.

Como sinaliza Czeresnia (2006) a autonomia saiu das “altas esferas” das artes, das ciências, etc, nas quais havia sido isolada como privilégio de poucos, e se incorporou ao dia a dia da produção de bens e serviços, na razão direta do avanço tecnológico de cada área da atividade pós-industrial. Ainda segundo esta autora, a configuração dos conhecimentos e das práticas nas sociedades atuais estariam provocando a elaboração de representações científicas e culturais levando os indivíduos a exercerem uma autonomia regulada e estimulando a livre escolha segundo a lógica do mercado.

Ivan Illich foi um dos autores que, já na década de 80, sinalizava a complexidade presente na discussão sobre a liberdade e a autonomia, quando realizou alguns reparos teóricos com respeito às idéias explicitadas em seu estudo sobre a *Nêmesis da Medicina*. Num primeiro momento de sua análise crítica sobre a saúde, Illich reconheceu que o saber médico institucionalizado ameaça a saúde na medida em que retira do indivíduo e das comunidades sua potencialidade para lidar de forma *autônoma* com a enfermidade, a dor e a morte. Posteriormente ele percebe que a ação autônoma e a responsabilização pela saúde e pelos riscos assumiram um contorno bem menos libertário do que ele propôs inicialmente.

Nogueira (2003) em seu estudo intitulado *A saúde pelo avesso*, argumenta que:

De certo modo, as idéias autonomistas da primeira crítica de Illich foram “capturadas” justamente por quem Illich havia mais severamente criticado – os profissionais de saúde, o Estado e as agências internacionais. Distorcida a ação autônoma em saúde passou, nos anos 80 e 90 do século XX, a ser parte das preocupações dos programas oficiais, que juntos com a desprofissionalização e a desinstitucionalização do cuidado, fazem amplo apelo à ajuda mútua e à solidariedade da população, para que esta possa, na medida do possível, resolver seus próprios problemas de saúde (Nogueira, 2003. Pág. 17).

Esta visão illichiana, retomada por Nogueira, pode ser reconhecida na análise de alguns outros autores, tais como o pesquisador da Unicamp professor Sergio Carvalho, que no artigo “*As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*”,

publicado em 2004 na Revista Ciência & Saúde Coletiva (v.9, n.3), analisa o modelo teórico conceitual da Promoção da Saúde, assinalando a pluralidade de definições encontradas na literatura sobre o tema, discutindo sobre o significado e as conseqüências do uso das categorias "risco" e "empowerment".

Segundo ele, a Promoção da Saúde não deve ser considerada necessariamente como um projeto libertário e voltado para a justiça social. Nas suas palavras, “a análise da utilização do conceito de risco e de empowerment junto deste ideário constata a possibilidade de que suas intervenções e conceitos venham reforçar estratégias voltadas para a regulação e a vigilância sobre os corpos sociais e individuais com profundas implicações políticas, morais e sociais de algumas de suas estratégias”.

A respeito da questão da autonomia, para Carvalho (2004), a autonomia possível é, quase sempre, uma autonomia regulada uma vez que os indivíduos tendem a seguir regras e normas concebidas por *experts* e pelos parâmetros construídos pelas Políticas Públicas Saudáveis.

A produção bibliográfica atual sobre o tema encontra-se dividida entre os que afirmam o caráter inovador e libertário da Promoção da Saúde, procurando articular o tema da saúde com os temas da condição e qualidade de vida, ressaltando os esforços promovidos por este modelo no sentido de resgatar a ação comunitária e os princípios democráticos, em busca da equidade social.

Outro grupo de autores, sem deixar de reconhecer e valorizar as contribuições pontuais desse projeto, consideram que a Promoção da Saúde possui algumas contradições no interior do seu discurso, cujas críticas se dirigem a três principais aspectos:

(1) O risco relacionado à tendência desse discurso em ampliar demasiadamente o conceito de saúde, “estendendo a esfera de atuação do chamado "setor saúde" à totalidade da vida, da experiência humana, numa medicalização mais radical do que a denunciada pelos pioneiros do campo há quatro décadas” (Kenneth, 2007).

(2) Como conseqüência do aspecto anterior, a Promoção da Saúde acaba contribuindo para a idealização de um estado de “saúde perfeita”, padronizando certos estilos de vidas considerados saudáveis, que passam a serem perseguidos incessantemente pelos indivíduos (Castiel, 2003).

(3) Que a ênfase na autonomia e na responsabilidade individual no cuidado com a saúde e na gestão dos riscos parecem refletir a ótica da ideologia neoliberal, individualista, “que gera grupos de indivíduos entregues a si próprios e à preocupação com o desempenho baseado em condições individuais (...) que sustentem uma identidade frágil” (Castiel, 2003; Carvalho, 2007; Nogueira, 2003).

Sem pretender esgotar as possibilidades de interpretações, por eventualmente ter deixado escapar alguma referência que faça ainda outro tipo de leitura acerca das contradições deste discurso, ressaltamos estes três pontos principais para onde convergem algumas das críticas à Promoção da Saúde.

Tal objeto se justifica na medida em que é fundamental refletir sobre como são formulados os modelos de atenção à saúde, a que relações de poder eles estão a serviço, e sobretudo quais são os processos de produção discursiva que permitem a enunciação de um determinado modelo, que por sua vez carrega consigo uma certa visão de mundo. Isto porque no momento da formulação de um modelo o discurso se transformará em Informe, Documento, Relatório, Cartas Internacionais, Recomendações, que por sua vez constituem as diretrizes conceituais que vão orientar as práticas em saúde.

Através da análise dos discursos que antecedem e que fundamentam os modelos, problematizando e revisitando os conceitos formulados, buscaremos então compreender os impasses que são enfrentados na prática, quando determinada ação em saúde revela seu limite, quando se mostra insuficiente para dar conta dos objetivos propostos (como é o caso, por exemplo, das políticas de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis) ou ainda quando incorre em equívocos de modelos anteriores com os quais pretendeu romper, sem notar que ainda carrega uma herança discursiva vestida com novas roupagens.

Não se trata aqui de ser a favor ou contra o discurso da Promoção da Saúde, ao contrário apostamos no fortalecimento deste campo na medida em que somos capazes de critica-lo. Assim, o que fazemos é levantar algumas questões de natureza filosófica, de modo que destacamos a definição de Hegel sobre o ato de filosofar, ele diz: “Filosofar é compreender a existência, o que existe”. Portanto, não estamos diante de um questionamento que providenciará uma resposta correta sobre o que deve ser feito, mas nos propomos a compreender como o discurso da saúde promocional funciona, quais os dispositivos que o faz mover-se e manter-se de pé, buscando compreender a dinâmica histórica na qual nos encontramos. Uma dinâmica que por sua vez se passa na história das idéias, dos discursos e dos conceitos.

Com esta investigação esperamos poder contribuir com o debate no interior do campo da Saúde Coletiva a respeito da natureza do projeto da Promoção da Saúde, seus objetivos, seus impasses e suas conseqüências do ponto de vista das sociabilidades na era contemporânea.

Capítulo 1

Da medicina preventiva à Saúde Coletiva no Brasil

A releitura da obra de Arouca concita-nos a refletir acerca da possibilidade de reabrir espaços de crítica social, provida de suficiente radicalidade filosófica, para continuar a realizar o estudo da problemática da saúde em sua totalidade. Entendendo que desconstruir as bases cientificistas da medicina promotora pode ser uma das iniciativas dessa vertente de pensamento social em saúde (Nogueira, 2003).

A tese de Sergio Arouca, finalizada em 1975, mas que só pôde ser defendida em meados de 1976 devido ao contexto de repressão política da época, trata dos dilemas da Medicina Preventiva cujo desdobramento tornou possível a emergência da Saúde Coletiva; tal emergência se deve a ruptura que efetuou o pensamento preventivista e que possibilitou uma articulação entre a Saúde Pública e a Medicina Social.

A Medicina Preventiva como formação discursiva surge, como propõe Arouca (2003), em um contexto fundamentalmente marcado por três vertentes: 1) A primeira representada pela Higiene, que surge no século XIX intimamente relacionada com o desenvolvimento do capitalismo e do pensamento liberal; 2) A segunda vertente remonta à discussão dos custos da atenção médica, entre as décadas de 1930 e 1940 nos Estados Unidos, que vivia neste período os impactos da Grande Depressão; 3) A terceira diz respeito às transformações na definição das responsabilidades médicas impulsionadas pela crescente reivindicação de que o acesso ao cuidado médico é um direito de todo cidadão.

Buscaremos neste capítulo, à luz do pensamento de Arouca, compreender como a Medicina Preventiva surge, por um lado substituindo a Higiene, e por outro buscando respostas aos altos custos da Atenção Médica, configurando um discurso normativo que partiu dos Estados Unidos e ganhou força se expandindo por diversos países. Trataremos também das transformações que começaram a delinear o novo campo da Saúde Coletiva que emergiu num contexto de “crise da Saúde Pública”.

Através deste percurso poderemos pouco a pouco encaixar as peças que montam as bases onde se assenta o discurso da Promoção da Saúde, sobretudo quanto ao enfoque dado à responsabilidade individual e à aquisição de hábitos saudáveis, noções que bebem na mesma fonte tanto da Higiene quanto da Medicina Preventiva.

Da Higiene ao Surgimento da Medicina Preventiva

Para compreender melhor as condições de possibilidade do surgimento da atual medicina promotora, retomaremos a análise de Arouca (2003) sobre os componentes ideológicos e as forças sociais que originaram a Medicina Preventiva. Portanto, seguiremos este capítulo buscando nos elementos interpretativos utilizados por Arouca um fio condutor que nos servirá na linha de investigação que estamos propondo sobre a medicina promotora.

Iniciaremos nossa reflexão passando rapidamente pela Higiene do fim do século XIX e início do século XX, em sua articulação com a ideologia liberal que afirmava a responsabilidade individual perante o cuidado com a saúde.

Diversas publicações da primeira metade do século XX situam a Medicina Preventiva como parte da Higiene, que no sentido geral pode ser definida como “a arte de conservar a vida”. Arouca recorre às definições de Becquerel quando este diz que “a higiene é a ciência que trata da saúde com o duplo objetivo de sua conservação e seu aperfeiçoamento”², e de Arnould para quem a higiene “é o estudo das relações sanitárias do homem com o mundo exterior e dos meios pelos quais tais relações favorecem a viabilidade do indivíduo e da espécie”³.

A Higiene não se configura exatamente como uma ciência, trata-se mais da aplicação de um conjunto de pressupostos produzidos pelo saber científico que delimitam as condutas necessárias para manutenção do bem-estar, do prolongamento da vida, formando uma unidade de conhecimento em prol do viver saudável. Ela busca interferir na mudança de hábitos de vida dos indivíduos, conforme determinados contextos sociais e ambientais. Sua operacionalização se dá, portanto, via instituição de um arranjo composto por normas, recomendações e ações que – se forem estritamente seguidas pelos indivíduos - garantem a preservação do estado de saúde até morrerem de causas naturais. Com isso temos a inauguração de uma verdadeira cultura higiênica, ou ainda de um “*ethos* sanitário”.

O alcance da cultura higiênica se dá por duas vias: por um lado a Higiene ocupou um espaço na sociedade civil enquanto um arcabouço normativo que controlava a conduta de saúde individual; e por outro lado estabelece no Estado um espaço que delimita as normas coletivas de saúde da população. A Higiene é então incorporada ao Estado através da Saúde Pública.

Para Nogueira (2003) a higiene alarga sem limites o objeto da medicina, de tal maneira que extrapola para além do tratamento das enfermidades, e acaba abarcando toda a vida do homem sadio: “a higiene pretende controlar até mesmo o processo de produção material, em que o homem se converteu num dos fatores produtivos, como trabalhador”⁴.

² Tradução livre da autora. Para citação original em francês ver Arouca, 2003. Pág. 111.

³ Idem.

⁴ Ver Nogueira, 2003. In: Arouca, 2003. Pág. 176.

O discurso da Higiene já faz referência a uma noção ampla e positiva de saúde, que passa a permear a totalidade das condutas humanas, participando da formação de uma “consciência sanitária”, que se inicia com a versão higienista e que culminará mais adiante sob as vestes da saúde promocional, sobretudo através da introdução de um novo conceito: o risco.

Neste sentido, para Arouca (2003) a Higiene produz um duplo discurso de alusão-ilusão. Vejamos no parágrafo a seguir a explicação dada nas palavras do próprio autor:

Totalidade interdisciplinar, saber que se adere à vida, a Higiene cria, nesse duplo discurso, uma alusão-ilusão às condições reais de existência, alusão na medida em que discursa sobre o valor de uso da própria vida na amplitude de suas 24 horas diárias. Ilusão, enquanto centra nas medidas higiênicas e em uma cultura higiênica a solução dos problemas que estão nas próprias condições de existência (...) (Arouca, 2003. Pág.14-15).

Talvez pudéssemos substituir sem maiores problemas a palavra “Higiene” pela expressão “Promoção da Saúde” neste parágrafo de Arouca sem prejuízo algum ao pensamento do autor, o que nos parece ser um indicador da proximidade entre os dois conceitos.

Algumas transformações ocorridas no início do século XX, como por exemplo a divisão técnica e social do trabalho em uma sociedade de classes, a compartimentalização do saber em especialidades, o conhecimento sendo monopolizado no interior de cada profissão, tudo isso fez com que a Higiene como projeto de síntese do cuidado com a saúde e com o bem-estar, na prática, fosse então dissolvida nas diversas especialidades. Conseqüentemente, no âmbito do ensino, a Higiene foi substituída pela Medicina Preventiva (Arouca, 2003).

Como aponta Nogueira (2003), a medicina preventiva filia-se à Higiene na medida em que esta última é entendida como a arte que dá conta de tratar da saúde como o objetivo de conservá-la e melhorá-la. Assim como a Higiene, a atitude preventiva deve acompanhar cada momento do desenvolvimento do homem, como também deve ser investida de maneira que possa assegurar as condições sanitárias ideais para a realização apropriada de todas as atividades vivenciadas pelo homem, dentre elas a alimentação, a reprodução, o lazer, o trabalho, etc.

Para Arouca, a sucessão cronológica do aparecimento da Medicina Preventiva pode ser dividida em duas fases: A primeira se inicia após a Primeira Grande Guerra, mais especificamente em 1922, com a reforma curricular das escolas de medicina da Grã-Bretanha que deveriam a partir de então incluir mais disciplinas relacionadas à Medicina Preventiva. A segunda fase de sua consolidação seria após a Segunda Grande Guerra com a realização dos Seminários Internacionais sobre Medicina Preventiva.

Elementos Extra-Discursivos

De fato para compreender as condições de possibilidade do surgimento da Medicina Preventiva, devemos estudar também os elementos extra-discursivos que compõem este período.

O século XIX foi marcado pela expansão da política liberal baseada no *laissez-faire*, cuja aplicação consolidou a hegemonia da economia capitalista no ocidente; provocando também uma série de questões que ultrapassavam o âmbito da resolutividade da iniciativa privada, exigindo posicionamento e respostas de outras esferas, principalmente do Estado, que assumia novas características.

Ao contrário do que ocorria na Europa, o período entre-guerras foi uma época de ouro para os EUA, sobretudo a década de 20. Os norte-americanos saíram lucrando com a Primeira Guerra, pois durante o conflito foram os maiores fornecedores de armas e alimentos para praticamente todo o continente europeu. Participaram ativamente da Guerra, mas seu território não serviu de palco das lutas. Sendo assim, enquanto financiava a guerra, assistia de longe o “declínio” europeu; e quando o conflito chegou ao fim, a América do Norte dominava a produção industrial e possuía uma invejável situação de credora da maioria das grandes nações.

Entretanto, todo esse otimismo norte-americano estava com seus dias contados, pois em junho de 1929 iniciava-se o período da Grande Depressão. Em linhas gerais pode-se dizer que a Grande Depressão resultou, sobretudo, da superprodução industrial e agrícola, que se tornou evidente quando o mercado interno já não tinha mais fôlego para absorver a produção que se desenvolvera muito rapidamente para dar conta da demanda externa durante a Guerra.

Os EUA se viram imersos num verdadeiro ciclo vicioso: queda de exportações, superprodução, diminuição dos lucros, queda na produção, desemprego, redução nos investimentos, baixa no consumo interno, mais desemprego, e assim foi declinando até a queda da Bolsa de Valores de Nova York, em 1929.

Esta crise se estendeu às demais nações quando os Estados Unidos começaram a reclamar pelos capitais emprestados aos europeus, encerrando o crédito para estrangeiros. Os países não-industrializados também foram demasiadamente atingidos, principalmente os Latino-Americanos que não sabiam mais para onde direcionarem suas exportações de matérias-primas.

As propostas de controle cambial e deflação até então utilizadas não eram mais suficientes para deter a Grande Depressão, anunciando a debilidade do capitalismo concorrencial e a fragilidade deste modelo econômico.

É durante esse período turbulento que se inicia nos Estados Unidos a discussão sobre o problema da atenção médica. Em 1927 foi aberta uma investigação sobre o custo da atenção médica, cujos resultados foram divulgados em 1932. Neste momento a conclusão foi que os custos eram superiores ao que a maior parte da população podia pagar. Em 1935 um outro levantamento foi realizado, mostrando que as condições econômicas da população haviam mudado, implicando na necessidade de uma revisão na atenção médica adotada até então (Arouca, 2003).

No ano de 1938 é realizada uma Conferência Nacional de Saúde em Washington, para discutir a possibilidade de criação de um programa geral de atenção médica pensando na redução dos custos excessivos para os indivíduos, que incluiria também a expansão dos serviços de saúde pública e seguro-desemprego.

No ano seguinte a lei Wagner, que propunha a ampliação das ações públicas no cuidado com a saúde, não foi aprovada. A segunda tentativa de fortalecer a responsabilidade do Estado quanto às ações de saúde ocorreu em 1945, protagonizada pelo então presidente Truman, que elaborou e apresentou ao Congresso um Programa Nacional de Saúde, de cinco pontos (Arouca, 2003): (1) construções de hospitais e demais recursos necessários; (2) expansão dos serviços de saúde pública e atenção materno-infantil; (3) reforço da educação e pesquisa em medicina; (4) seguros obrigatórios para atenção médica; (5) indenização aos trabalhadores que perderam dias por doenças ou invalidez. Assim como a proposta anterior, este projeto também não foi aprovado, somente o primeiro ponto referente à construção de hospitais recebeu financiamento.

Sobre esta discussão, Arouca (2003) aponta para um antagonismo entre a redefinição do papel do Estado e os interesses do grupamento médico. Estes últimos, em aliança com outros grupos sociais e temendo perder sua autonomia econômica, buscavam impedir as tentativas de intervenção do Estado.

O Estado, por sua vez, buscava apoio nos grupos ligados à Saúde Pública que reivindicavam o controle da atenção médica. Este movimento, que em outros países obteve sucesso - como foi o caso da Inglaterra que criou um Serviço Nacional de Saúde em 1946-, nos EUA não ganhou muita força e os grupos médicos mantiveram seus direitos contra a intervenção estatal.

Assim, a Medicina Preventiva surge como um movimento ideológico que buscava promover transformações nas representações sobre a prática médica, e não como um movimento político que procurava de fato modificar essa prática. Como analisa Arouca (2003), “o seu discurso mantinha uma relação de organicidade com o momento histórico vivido pela sociedade norte-americana, representando uma leitura civil e liberal dos problemas de saúde”.

Delimitação do Objeto da Medicina Preventiva

Será dentro das instituições de ensino que a Medicina Preventiva encontrará o lugar propício para proliferar a idéia de que a atenção médica necessitava de mudanças, e para isso os médicos precisavam adquirir uma atitude preventivista, que deveria ser cultivada ao longo de todo o processo de formação.

Uma vez que a mudança no ensino médico foi considerada como a principal estratégia para o desenvolvimento de uma atitude preventivista, diversos encontros e conferências internacionais foram realizadas com o objetivo de estruturar e consolidar o novo modelo⁵.

A proposta inicial de formalização da Medicina Preventiva era que seu ensino fosse integrado ao currículo médico como um todo, com o objetivo de desenvolver uma “nova atitude” do médico perante o cuidado.

O passo seguinte do processo de constituição de uma Medicina Preventiva foi o esforço de delimitação do seu objeto, que tornaria possível fundar a nova disciplina através de uma articulação que, por um lado estabelecia suas aproximações e diferenças com relação à própria medicina, e por outro buscava demarcar suas diferenças com a Saúde Pública e a Medicina Social.

Segundo Arouca (2003), a relação da Medicina Preventiva com a Saúde Pública é uma relação de continente-conteúdo, e a atuação de uma maneira ou de outra vai depender do sujeito do discurso: “A Medicina Preventiva é a leitura liberal vinda da sociedade civil, e a Saúde Pública a leitura estatal diante de novas funções do estado na sociedade capitalista”⁶. Ainda que a Medicina Preventiva estabeleça algumas formas de cooperação e integração com a Saúde Pública, no sentido de tornar possível a incorporação desta última à prática liberal da medicina, há uma autonomia entre as duas áreas.

Com relação à Medicina Social, os autores Leavell & Clark afirmam que este é um termo que surge na Europa com o objetivo de sinalizar a importância de considerar o ambiente humano como determinante da saúde, mas que de fato a diferença entre as duas disciplinas é muito pequena (Arouca, 2003).

Mas esta proposição não é consensual entre os diversos autores que tratam do assunto. Os docentes de Medicina Preventiva do Estado de São Paulo, num Encontro realizado em 1970, por exemplo, afirmaram que “no que se refere à distinção entre Medicina Preventiva e Social não parece haver dúvidas de que os conceitos diferem na origem e na evolução” (Apud Arouca, 2003).

A Medicina Preventiva surgiu nas escolas norte-americanas como resposta às necessidades de aprimoramento da medicina individualista, que vinha sofrendo uma fragmentação resultante da crescente especialização.

A Medicina Social, por sua vez, foi predominantemente difundida na Inglaterra a partir da criação do Instituto de Medicina Social em Oxford no ano de 1942, mas suas origens remontam a momentos anteriores, também na Alemanha e na França, no bojo das mudanças

⁵ Para obter mais detalhes sobre as Conferências, Encontros e Seminários realizados ver Arouca, 2003. Pág. 132-133.

⁶ Cf. Arouca, 2003. Pág. 147.

sociais resultantes da Revolução Industrial, como veremos com mais detalhes no terceiro capítulo, a partir do trabalho de Foucault.

Como disciplina de ensino, a Medicina Social possui dois direcionamentos: (1) um movimento de transformações da medicina relacionado a um conjunto maior de mudanças na sociedade; (2) um movimento no âmbito da produção de conhecimento, através da tentativa de demarcações teórico-conceituais, redefinindo o posicionamento dos objetos no interior da medicina, privilegiando como campo de investigação as relações entre o biológico, o psicológico e o social.

A principal diferença apontada por Arouca entre as duas disciplinas diz respeito à organicidade de cada um desses discursos:

(...) a medicina preventiva aparece como uma prática ideológica, organicamente ligada aos grupos hegemônicos da sociedade civil e existindo como uma norma que não se instaura, por suas próprias contradições decorrentes da articulação da medicina com o econômico, na prática. Por outro lado, a Medicina Social (...) procura a sua organicidade nas contradições das classes sociais, assumindo uma posição diante dessas tradições na teoria (Arouca, 2003. Pág. 150).

Arouca sinaliza neste parágrafo a divergência entre a concepção individualista da higiene/medicina preventiva e a abordagem coletiva da medicina social, explorando com detalhamento o contraste entre essas duas vertentes do pensamento social dos médicos do século XIX.

São muitas as proposições teóricas com vistas a definir o campo da Medicina Preventiva. Gomes (1964), por exemplo, define a Medicina Preventiva como “mais que uma técnica, uma atitude mental ante o paciente, ante a vida e ante a sociedade, em querer alcançar para a maioria dos seres humanos o estado de completo bem-estar físico, mental e social, que constitui a saúde”.

7

A revisão bibliográfica realizada por Arouca revela que há uma convergência entre algumas conceituações sobre a Medicina Preventiva, que formam um campo teórico no qual se destacam com regularidade, nos diversos autores, algumas premissas principais. São elas:

(1) O foco da Medicina Preventiva se direciona sobre o indivíduo e a família;

(2) A Medicina Preventiva se dá no nível da prática cotidiana dos médicos, independente de sua especialidade;

(3) A Medicina Preventiva representa uma transformação na prática médica e está baseada no desenvolvimento de uma nova atitude por parte destes profissionais de saúde.

Desta maneira, a medicina preventiva carrega como herança da higiene a preocupação com o cuidado com a saúde na totalidade das dimensões ontológicas do homem e como responsabilidade social das pessoas, das famílias e da comunidade. Introduzindo a novidade de

⁷ Gomes, 1964. Apud Arouca, 2003. Pág. 36.

que cabe ao médico adotar uma nova atitude que garanta a instalação de melhores relações de vida para seu paciente (Nogueira, 2003).

O principal elemento que circunscreve o objeto da Medicina Preventiva é o enfoque sobre as responsabilidades individuais e da família sobre a doença. A Medicina Preventiva define um objeto de estudo e uma prática que incorpora diversas atividades que são de direta responsabilidade do indivíduo quanto à prevenção e proteção da própria saúde e de sua família.

Como podemos perceber, existem dois níveis de responsabilidades: um do próprio paciente, definido na constituição americana como a proteção e promoção de sua própria saúde e de sua família, e outro do médico, que deve prevenir e promover a saúde da família e da comunidade sob seu cuidado (Arouca, 2003).

Esta nova atitude preventiva adotada pelos médicos tomava como referência o modelo teórico da *História Natural das Doenças* elaborado por Leavell & Clarck. A saber, este modelo descreve o processo de adoecimento, separando-o em dois momentos. O primeiro, chamado pré-patogênico, é marcado pelo equilíbrio entre o agente, o hospedeiro e o ambiente, de acordo com as características dos fatores a eles associados (por exemplo, a virulência do agente, a resistência do hospedeiro e as condições de moradia oferecidas pelo ambiente). O segundo, chamado período patogênico, é o momento da instalação da doença, com seu desdobramento fisiopatológico e clínico, que pode resultar em morte, num estado intermediário, ou culminar na cura. Este momento permite distinguir, portanto, as fases clínica e pré-clínica.

Para Leavell & Clarck a atitude preventiva por parte do médico deve estar presente em todos os momentos, e em suas diferentes fases, pois há sempre a possibilidade de prevenir que o quadro do paciente se agrave, evitando a evolução do processo de adoecimento. Nesse modelo, adotando medidas preventivas se pode evitar “metodicamente” a doença.

Assim sendo, o ambiente é visto como uma complexa interação física, química, biológica e social. O paradigma da história natural da doença, portanto, assume uma visão multicausal da inter-relação entre os diversos fatores que atuam na gênese das doenças em todo seu processo evolutivo.

A Medicina Preventiva sob as lentes da História Natural de Leavell & Clarck passa a estar apta a atuar em todas as fases e momentos do processo de saúde/doença. Para isso instaura uma totalidade que agrupa o conjunto das condutas preventivas e difunde este conhecimento entre o corpo médico. Esta totalidade é composta de duas unidades - unidade das determinações (referente ao período pré-patogênico) e unidade do processo mórbido (período patogênico)-, e situa as responsabilidades do indivíduo perante esse processo. De tal forma que “não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão pontual de caso clínico. O

discurso preventivista proclama o encontro do médico com o homem, no pleno espaço e tempo de sua vida”.⁸

A prática médica assume, portanto, novos contornos tendo em vista que a relação médico-paciente deixa de ser pontual e adquire a regularidade própria das necessidades contínuas do viver. Ora, se viver é estar todo tempo a mercê dos agentes patógenos de um dado meio ambiente, e de estar em equilíbrio com a iminência da doença, então a responsabilidade médica se amplia para todas as contingências da vida humana, pois em qualquer momento os homens se encontram em alguma fase da História Natural das Doenças, que por sua vez corresponde a uma ação preventiva determinada.

A estrutura complexa da Medicina Preventiva, entretanto, não se esgota somente nas dimensões da prática e do ensino médico, posto que ao tomar a Epidemiologia como seu principal suporte, introduz novamente na escola médica a composição entre a medicina das espécies e a medicina das epidemias⁹, isto é, conjuga em uma unidade o individual e o coletivo (Arouca, 2003).

Assumindo a Epidemiologia como método, a Medicina Preventiva busca auxílio na Estatística, e neste bojo surgem também as Ciências Sociais aplicadas à Medicina (sociologia médica ou ciências da conduta), que deveriam explicar os fatores sociais ligados aos hospedeiros e ao ambiente envolvidos na História Natural. Com isso, os aspectos sociais envolvidos no processo de adoecimento, que até então pareciam difusos ao conhecimento científico, encontram seu lugar institucional no interior da escola médica.

Arouca arrisca sugerir que a Medicina Preventiva funcionou (e continuará funcionando) como um “polarizador de disciplinas não tradicionais” dentro da escola de medicina, o que provoca novos pontos de conflitos e de emergência discursiva.

Medicina e Sociedade

A análise de Arouca lançou luzes sobre as relações entre a Medicina e a produção capitalista, cujas raízes são fundadas em diversos aspectos, tais como a capacidade do cuidado em saúde permitir a elevação da produtividade do trabalho e como vetor de redução das desigualdades e tensões sociais; na sua influência sobre a produção de valores; e ainda na capacidade da medicina em determinar uma normatividade social.

Basicamente o autor rompe com uma tradição marxista que considerava o trabalho em saúde como não-produtivo, sinalizando algumas transformações que marcam a inserção da medicina no circuito da produção e consumo capitalistas; mostrando que o cuidado médico passa

⁸ Cf. Arouca, 2003. Pág. 43.

⁹ A respeito destes conceitos, ver M. Foucault. *O Nascimento da Clínica*, 2004.

a ser um setor de consumo produtivo, cada vez mais determinado pela dinâmica de acumulação de setores industriais. Pois é mediante a relação entre médico e paciente que são consumidas as mercadorias industriais como os equipamentos técnicos e medicamentos (Fleury, 2003).

Outra transformação que revela a articulação entre a medicina e o sistema de produção diz respeito às ações de saúde voltadas para grupos sociais específicos, como é o caso dos programas de apoio materno-infantil, a medicina do trabalho, programas de medicina previdenciária, etc, enfim todas são medidas direcionadas a reprodução e recuperação da força de trabalho (Fleury, 2003).

A tese proposta por Arouca é que o discurso preventivista surge como uma das primeiras reconfigurações do setor médico às novas determinações da ordem econômica mundial, que na primeira metade do século XX se fez em termos de uma ideologia liberal.

Sua hipótese sobre a determinação econômica da prática médica inaugurou importantes reflexões no campo das ciências sociais aplicadas à saúde, abrindo caminhos para se pensar as instituições e organizações sociais de saúde não mais a partir de um paradigma de racionalidade e neutralidade, mas como palcos de contradições e materialização da luta de classes.

A delimitação conceitual empreendida por Arouca permitiu identificar a medicina preventiva como “filha da higiene”, e ainda como uma leitura liberal e civil dos problemas de saúde e dos sistemas de serviços de saúde da sociedade americana, disseminada entre os diversos países que vivem sob o alcance de sua influência.

Como aponta Fleury (2003), a viabilidade do projeto preventivista implica a superação dos seus limites liberais que pretendem redefinir as responsabilidades do médico por meio da introjeção de uma preocupação social, sem no entanto, provocar as necessárias transformações na natureza do seu trabalho, na organização da prática médica e na estrutura social. A autora aponta que:

Transcender estes limites restritos à alteração dos comportamentos dos profissionais requer formular uma teoria que dê conta das reais determinações da crise no setor saúde e caminhar em direção a uma prática política que represente um movimento de transformação conjunta do trabalho médico, da consciência sanitária, da produção de condições de saúde e doença, do conhecimento e das políticas de saúde (Fleury, 2003. In: Arouca, 2003. Pág 243).

Neste contexto de discussão sobre os “dilemas” do modelo preventivista, Sergio Arouca acredita no papel do Estado como uma possibilidade de rearticulação do setor saúde, enfatizando que seu poder político pode garantir a regulação e o controle das indústrias do setor.

Sua proposta ousada supõe um rompimento com a origem liberal e civil do projeto de medicina preventiva, cuja densidade lança as sementes que posteriormente germinarão um

movimento de mudança, a Reforma Sanitária, que deixará marcado na Constituição: “A saúde é direito de todos e dever do Estado”.

Até agora buscamos compreender o processo de mudanças sociais e das práticas de saúde através das quais foi possível para a medicina preventiva fazer prevalecer sua visão de mundo individualista e liberal, que posteriormente será assimilada pela medicina promotora.

Nogueira (2003) afirma que recentemente a medicina preventiva alcançou notável popularidade através da sua variante que é a saúde promocional, cuja principal diretriz não se limita à reforma no currículo de formação acadêmica, mas se estende por uma densa estrutura de produção e difusão de conhecimentos científicos que determinam com avidez quais são as boas e as más condutas para a saúde e para a própria vida humana como um todo. O autor argumenta que “no fundo, a medicina promotora é apenas uma versão cientificamente mais desenvolvida da higiene e mantém a mesma ambição de direcionar a totalidade da existência humana em nome de um valor social único, que é a saúde”.¹⁰

A partir da introdução do conceito de *risco*, foi possível almejar este voo mais alto por parte da medicina promotora, que com auxílio da investigação epidemiológica prescreve as normas de conduta que devem ser seguidas pelos indivíduos.

Enquanto a medicina preventiva buscava uma “nova atitude” por parte dos médicos, a medicina promotora aposta na busca por promover novas atitudes perante a saúde de forma generalizada na sociedade. De tal maneira que as recomendações sobre a obtenção de hábitos saudáveis não partem necessariamente da consulta com o médico, mas são ampla e vertiginosamente difundidas em revistas, *sites* de Internet, programas televisivos, comerciais de produtos de beleza, ou seja, estão disponíveis para as pessoas em qualquer lugar, justamente para que acessem estas informações e sejam capazes, elas sozinhas, de promoverem sua saúde.

Toda a profusão de preceitos sobre os *hábitos saudáveis* se baseia na mesma matriz ‘normativa-educativa’ presente na disciplina clássica da Higiene do final do século XIX e início do século XX, que resulta por conseguinte, na responsabilização do indivíduo pela gestão de sua vida e de sua saúde.

Em certo sentido este modelo pode ser traduzido como um projeto de *medicalização da existência* – expressão de Roland Gori¹¹ (2007) –, uma vez que convoca a cultura cientificista contemporânea para respaldar seu “manual do estilo de vida saudável” que irá moldar a maneira como as pessoas cuidam de seu corpo e de sua saúde.

¹⁰ Nogueira, 2003. In: Arouca, 2003. Pág. 179.

¹¹ Roland Gori é psicanalista, professor de psicopatologia clínica na Université d’Aix, Marseille.

Sobre as Origens da Saúde Coletiva e as bases para a Promoção da Saúde

A Saúde Pública foi institucionalizada por meio de agências governamentais interessadas no controle de doenças transmissíveis e ganhou força na passagem do século XX por intermédio de escolas de saúde pública e de organismos internacionais vinculados aos interesses norte-americanos. Seu desenvolvimento tem estreita relação com o capitalismo e insere-se nas relações internacionais com objetivos econômicos e político-ideológicos vinculados aos interesses deste modelo. O campanhismo, o autoritarismo e a dominância dos programas especiais voltados para os pobres são algumas de suas características (Paim, 2007).

A crítica feita por alguns autores aos pressupostos da Saúde Pública, é que esta se mantém demasiadamente restrita ao paradigma biomédico, apostando numa concepção estreita do processo de adoecimento, e que suas intervenções sanitárias, portanto, são orientadas por estas diretrizes que não se mostram efetivas no cuidado com a saúde da população em determinados aspectos.

Seguindo o fio lançado por estas críticas, a “Nova Saúde Pública” é uma tentativa de renovação do campo da saúde, que aponta para a necessidade de novos paradigmas no campo da saúde pública, com base na estratégia “Saúde para todos no Ano 2000” lançada pela Assembléia Mundial de Saúde em 1978. Esta “nova” abordagem da saúde pública enfatiza a natureza multidimensional dos problemas relacionados à saúde, juntamente com a ênfase na promoção da “escolha informada” (Oliveira, 2005), que inaugura o campo da Promoção da Saúde. Ao invés da 'antiga' saúde pública, que focalizava as causas individuais das doenças, o novo movimento enfatizava as influências sócio-ambientais nos padrões de saúde. Na América Latina, paralelamente se desenvolvia um outro movimento que ficou conhecido como Saúde Coletiva.

Para Paim (2007), a "Nova Saúde Pública" proposta pelo Instituto de Medicina dos Estados Unidos em 1988 e patrocinada pela Organização Mundial da Saúde, sob o signo do neoliberalismo, apresenta concepções e proposições muito aquém do desenvolvimento teórico-conceitual alcançado pela Saúde Coletiva.

A história da saúde pública no Brasil é bastante extensa. Não temos a pretensão de discuti-la aqui pois perderíamos de vista nosso objetivo. Queremos, no entanto, pontuar alguns períodos mais recentes a partir dos quais podemos partir para fazer uma breve cronologia que nos levará à emergência da Saúde Coletiva.

Os anos 60 e 70, especialmente a partir de 1964, até 1974, foram caracterizados por um Estado centralizador e burocratizado, num regime fortemente autoritário. A redemocratização só ocorreria no final dos anos 70 início dos anos 80.

O final dos anos 70 foi marcado pelo agravamento da crise econômica e, com relação aos problemas de saúde, surge em nível internacional o projeto da Atenção Primária. Internamente

levanta-se a necessidade de um posicionamento com relação aos problemas sanitários do país, momento em que aparecem dois importantes espaços de resistência e análise crítica da situação: o CEBES, criado em 1976, e a ABRASCO, em 1979.

Em 1986, com a presença de cerca de 4.000 participantes, a VIII Conferência Nacional de Saúde problematizou e redefiniu a saúde, “considerando-a como resultado das condições de existência de uma sociedade determinada, como direito de todos e dever do Estado” (Nunes, 2005). No ano seguinte, 1987, é aprovado o SUDS - Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde.

Em 1988, com a nova Constituição Federal, temos finalmente a instituição do SUS – Sistema Único de Saúde – como uma autêntica formulação política e organizacional dos serviços e ações de saúde norteadas por vários princípios, dentre os quais: a universalidade, a equidade e a integralidade. Foi então regulamentado pela Lei nº 8.080/90, de 1990, estabelecendo a descentralização político-administrativa como forma de viabilizar a implantação do sistema.

Foi no limiar das décadas de setenta e oitenta que o projeto de construir o que se denominaria de Saúde Coletiva começou a se institucionalizar. Na América Latina, a construção nos últimos trinta anos do movimento denominado Saúde Coletiva tem permitido um diálogo crítico e a identificação de contradições e acordos com a saúde pública institucionalizada, tanto no âmbito tecno-científico quanto na prática (Paim, 1998).

A Saúde Coletiva, em seu processo de desenvolvimento e implantação no Brasil, inspirou-se nas lutas sociais da França e Alemanha no século XIX, solo em que nasceu a Medicina Social que expressava uma ampla proposta de reforma social relacionando a saúde às condições de vida e às formas de organização da sociedade, além de privilegiar a ação política. Surge no Brasil na década de 1970, e do mesmo modo que representou uma ruptura com a Medicina Preventiva e a Medicina Comunitária, partiu de uma crítica ao sanitarismo, movimento ideológico que se organizava em meados do século XIX na Europa.

A Saúde Coletiva, tal como a Medicina Social, é fruto da atmosfera de lutas e movimentos sociais próprios de seu tempo; e não partem do Estado ou dos interesses das classes dominantes. Na América Latina confunde-se com as lutas pela redemocratização dos países que viviam sob regimes ditatoriais. Para atingir a democratização da saúde, preconizada pela Saúde Coletiva, era necessário conquistar a democratização do Estado e dos seus aparelhos.

Assim, a Saúde Coletiva é, simultaneamente, um campo científico e um âmbito de práticas; contribuindo com a Reforma Sanitária Brasileira através da produção de conhecimentos e mediante sua articulação junto aos movimentos sociais. Como afirma Paim (2007), “*como campo científico, distancia-se da saúde pública institucionalizada e, como práxis, tem a possibilidade de radicalizar seus compromissos históricos com o povo, com as pessoas, com as classes dominadas*”.

Birman (2005) argumenta que:

(...) a noção de saúde coletiva representa uma inflexão decisiva para o conceito de saúde. Um de seus efeitos certamente é o de reestruturar o campo da Saúde Pública, pela ênfase que atribui à dimensão histórica e aos valores investidos nos discursos sobre o normal, o anormal, o patológico, a vida e a morte. De fato, o campo teórico da Saúde Coletiva representa uma ruptura com a concepção de saúde pública, ao negar que os discursos biológicos detenham o monopólio do campo da saúde (Birman, 2005).

Portanto, a Saúde Coletiva é um campo científico em construção, com acúmulos teóricos e reflexões epistemológicas, aberto a novos paradigmas, e também um âmbito de práticas marcadas por valores que prezam a democracia, a emancipação e a solidariedade.

Mais uma vez retomando Paim (2007):

A Saúde Coletiva representou um esforço de qualificar problemas da saúde pela temática da 'modernização periférica' em voga nos anos 60 e 70 (...). Seu comprometimento com as teorias e os métodos histórico-estruturais — notadamente o materialismo histórico — completa o quadro de definição do novo campo de conhecimento, cujo principal desafio era, então, o de integrar o indivíduo, suporte singular da doença, aos processos coletivos (Paim, 2007).

É interessante retomar as diversas tentativas de definição da Saúde Coletiva, pois elas nos ajudam a situar a complexidade que envolve esse campo. Como conclusão dessas análises, poderíamos dizer que a Saúde Coletiva, como organização (que tem sua mais expressiva representatividade com a ABRASCO), pode ser dimensionada em suas origens, como aponta Nunes (2005), como um fato sociológico e político que nasce no embate das questões de saúde emergentes nos anos 70. Seu surgimento se deve ao processo de institucionalização da formação de recursos humanos nas escolas de saúde pública, departamentos de Medicina Preventiva e Social e nos primeiros cursos de Medicina Social. E sua consolidação foi marcada pelo interesse de “realizar pesquisas e produzir práticas políticas voltadas à melhoria das condições de saúde, caracterizando-se por ser um movimento contra-hegemônico visando a rever criticamente o modelo sanitário brasileiro” (Nunes, 2005).

A conjunção de “crises da saúde” (científica, econômica, social e política), como afirma Paim (1998), lança complexos desafios para a Saúde Coletiva no que diz respeito às ações que efetivamente articulem os novos paradigmas da saúde para o século XXI. É, desse modo, legítimo buscar superar a prática preventivista da Saúde Pública tradicional, rumo a uma saúde coletiva que preze pela compreensão da natureza multifacetada de seu objeto: complexo e contextualizado sócio-historicamente.

Neste campo complexo, herdeiro da higiene e da Medicina Preventiva, surge a Promoção da Saúde; que rapidamente ganha força no interior do campo da Saúde Coletiva tornando-se hoje um discurso hegemônico.

Capítulo 2

Aspectos teórico-conceituais da Promoção da Saúde

Neste capítulo buscaremos compor um panorama histórico-conceitual do campo da Promoção da Saúde e suas vicissitudes, a fim de construir uma base teórica sobre a qual se assentam as proposições aqui levantadas.

A partir de uma extensa revisão bibliográfica, apresentaremos as principais concepções sobre a Promoção da Saúde, trazendo o pensamento de alguns dos principais autores e pesquisadores da área, a fim de delimitar o corpo conceitual do discurso da medicina promotora.

Este capítulo inclui ainda um levantamento das principais Conferências, Cartas e Relatórios que conduziram o surgimento, efetivação e implementação da Promoção da Saúde enquanto política pública hegemônica no campo da saúde no Brasil.

Antes, porém, cabe mencionar uma importante discussão a cerca do conceito de saúde primeiramente no interior da concepção biomédica, e posteriormente da concepção de Canguilhem; a fim de compreender como a ampliação deste conceito produziu mudanças epistemológicas no campo da saúde, que possibilitaram a emergência do discurso da Promoção da Saúde tal como foi proposto.

O Modelo Biomédico versus a noção canguilhemiana de saúde e doença

Todas as sociedades e culturas, em diferentes momentos da história, desenvolveram sua própria “medicina” e seus próprios meios de cuidar. Os modos de cuidar, já comentava Foucault, revelam os valores de cada sociedade e de cada época. Da mesma maneira, o conceito de saúde é construído historicamente, refletindo a conjuntura social, econômica, política e cultural, não significando a mesma coisa para todas as pessoas em todos os momentos da história.

O mesmo pode ser dito sobre o conceito de saúde e de doença, que varia de acordo com o contexto de cada época. Na Idade Média, a doença era sinal de desobediência ao mandamento divino. A enfermidade revelava o pecado, quase sempre em forma visível, como no caso da lepra. Outro exemplo podemos retirar do livro *Os Anormais*, onde Foucault descreve o caso da masturbação que era considerada uma conduta patológica capaz de causar desnutrição e distúrbios mentais.

Ao longo de toda Idade Média, por exemplo, a influência da religião cristã manteve a concepção da doença como consequência do pecado e a cura como uma benção adquirida através da fé. No texto “*O Nascimento do Hospital*”, Foucault mostra que neste período o cuidado de

doentes estava predominantemente entregue a ordens religiosas, que administravam o hospital e cujas atribuições estavam mais ligadas a servir de abrigo e conforto para doentes e pobres, do que propriamente como instituição de cura e reabilitação. Será somente com o advento da modernidade que essa concepção religiosa será superada pelas inúmeras descobertas científicas, que ocorrerão no decorrer dos séculos seguintes.

O século XIX, por sua vez, apresentou grandes avanços consolidando uma medicina moderna. As investigações experimentais de Claude Bernard¹² foram responsáveis pelos avanços da ciência fisiológica. Bernard era eloqüente quanto à necessidade de uma abordagem experimental rigorosa, baseada no diálogo entre a fisiologia e as leis subjacentes da física e da química que estavam sendo descobertas em uma velocidade prodigiosa na época. Segundo ele, o corpo vivo, embora necessite do ambiente que o circunda, é relativamente independente do mesmo; ancorando-se nesta premissa a medicina pôde contar com a existência de mecanismos internos protetores da estabilidade orgânica, e então, a Natureza já não precisava mais ser evocada como a providência da vida. Não mais se tratava, portanto, de outorgar à Natureza a propriedade de conservar e regular a vida. Tratava-se daí em diante de dobrar a Natureza, impondo a esta as leis do homem.

O campo da saúde, a partir da Modernidade, foi então marcado pelo paradigma biomédico, que concebe a doença como uma entidade biológica, materializada num corpo fisiológico. Nesta perspectiva, a saúde é definida como o oposto da doença, um fenômeno que só é percebido quando sentimos sua ausência.

A este respeito, observa Kenneth (2005), a biomedicina vincula-se a um "imaginário científico" que corresponde à racionalidade da mecânica clássica. O discurso médico, portanto, se constitui epistemologicamente a partir da racionalidade científica, e dela parte para construir um campo uniformizado que não admite proliferação de discursos dissonantes no seu interior.

O saber médico foi, portanto, se constituindo como um discurso fundamentalmente normatizador, uma vez que classifica comportamentos e determina as condutas que devem ou não ser seguidas pelos indivíduos, para que estes se adaptem dentro de um padrão de normalidade. Como aponta Clavreul (1983), “desenvolvendo seu discurso que tem como objeto as doenças, a medicina contribui, portanto, para construir o estatuto do homem ‘normal’ ”.

É exatamente na medida em que institui padrões de normalidade que a medicina garante sua efetividade e sua homogeneidade, capazes de gerar um ordenamento do corpo social. A consequência deste caráter regulador da medicina resulta num discurso que “opera através de pequenas fórmulas, com imperativos afirmativos e categóricos, tendo como objetivo exercer

¹² Contemporâneo de Pasteur, Claude Bernard (12 de Julho de [1813](#) – 10 de Fevereiro de [1878](#)) foi um [médico](#) e [fisiologista francês](#).

pressão, modular gestos, inventar necessidades e abolir outras, atrair e desviar vontades”, usando as palavras de Clavreul (1983).

Nesta perspectiva o corpo é tomado com uma máquina que pode ser analisada em termos de suas peças. A doença, por sua vez, seria um mau funcionamento dos mecanismos biológicos. Seguindo esta linha de pensamento, ao médico cabe, então, intervir sobre o corpo de modo a restabelecer o bom funcionamento de um específico mecanismo. O corpo é desconectado de todo conjunto de relações que constituem os significados da vida, e a prática médica busca, em geral, intervir apenas em seus órgãos e funções.

Tal concepção de doença se estabeleceu, portanto, como princípio fundamental da ciência médica moderna. No século XX a tendência reducionista persistiu na ciência biomédica, mas algumas críticas vêm sendo feitas e estão reorientando o campo da saúde.

Essa perspectiva que considera o *normal* como ‘normal fisiológico’ é, para Canguilhem, limitada e insuficiente. Para ele, é por referência à polaridade dinâmica da vida que se pode chamar de ‘normais’ determinados tipos e funções. Se existem normas biológicas é porque a vida estabelece valores não apenas no meio, mas também no próprio organismo. Isto porque a vida, segundo este autor, não é apenas submissão ao meio, mas também a instituição de seu meio próprio. Nesta perspectiva, ele diz que a saúde deve ser considerada como a capacidade de administrar de forma autônoma as tensões do meio com as quais é necessário conviver. Logo, o que caracterizaria a saúde seria “a possibilidade de ultrapassar a norma que define o normal momentâneo, a possibilidade de tolerar infrações à norma habitual e de instituir normas novas em situações novas”¹³.

Para Canguilhem, o conceito de saúde representa muito mais do que a possibilidade de viver em conformidade com o meio, isto porque a saúde implica uma capacidade normativa de criar novas condições de vida em vários tipos de situações. Deste modo o autor supõe que não é um equívoco considerar a possibilidade de um estado patológico ser *normal*, na medida em que este estaria expressando uma relação com a normatividade da vida. Assim, não é a ausência de normalidade que constitui o anormal, pois não existe absolutamente vida sem normas de vida, e o estado mórbido - o patológico - é sempre uma certa maneira de viver. A doença, portanto, não é o inverso da saúde; mas o acontecimento que faz surgir uma nova dimensão da vida, um novo estado. Isto é:

Se reconhecemos que a doença não deixa de ser uma espécie de norma biológica, conseqüentemente o estado patológico não pode ser chamado de anormal no sentido absoluto, mas anormal apenas na relação com uma situação determinada. Reciprocamente, ser sadio e ser normal não são fatos totalmente equivalentes, já que o patológico é uma espécie de normal. Ser sadio significa não apenas ser normal numa situação determinada, mas ser também normativo nessa situação e em outras situações eventuais (Canguilhem, 2002. Pág.158).

¹³ Ver Canguilhem, G. *O normal e o Patológico*, 2002. Pág. 158.

Entretanto, isso não nos leva a supor que existe uma continuidade idêntica entre um estado normal e um estado patológico. A fronteira entre estas duas dimensões da vida é imprecisa se tomarmos diversos indivíduos simultaneamente, uma vez que o normal para Canguilhem não apresenta a rigidez de uma constante para todos os indivíduos de uma mesma espécie; mas é bastante clara quando pensamos em um único e mesmo indivíduo considerado em diferentes etapas de sua vida.

As raízes da medicina se encontram no esforço espontâneo do ser vivo para dominar o meio e organizá-lo segundo seus valores de ser vivo. Por outro lado, a medicina não estuda o funcionamento do corpo quando este está em equilíbrio com as constantes fisiológicas, mas ao contrário quando o corpo está em desequilíbrio. O corpo doente que é objeto da medicina. Logo, é a partir da análise das anormalidades que se estabelece o funcionamento normal do corpo.

Ao concentrar-se em partes cada vez menores do corpo, a medicina moderna perde muitas vezes de vista a complexidade do seu objeto – o ser humano- e a noção de *integralidade* no cuidado com o paciente. E ao reduzir a saúde a um funcionamento mecânico, não pode mais se ocupar do fenômeno da *cura*. Nenhuma cura é a volta à inocência biológica. Curar, usando as palavras de Canguilhem, é criar para si novas normas de vida.

Ampliando o conceito de saúde

No século XX essa tendência reducionista apresentada acima persistiu no campo da biomedicina. Algumas críticas apontadas principalmente pelas Ciências Humanas e Sociais procuraram recolocar a discussão sobre o conceito de saúde, na tentativa de buscar uma reorientação das práticas no que diz respeito à concepção do cuidado, à atenção e ao processo de cura; convocando o pensamento científico ao desafio de relacionar as partes e o sentido da unidade e da integralidade. A saúde e a doença são formas de manifestação da própria vida e, portanto, correspondem a experiências singulares e subjetivas impossíveis de serem expressas em sua totalidade através das palavras e dos conceitos científicos.

O pensamento humano poderia, assim, navegar em duas direções: para o lado da profundidade e da redução, ou seguir o caminho da amplitude e da abertura de possibilidades. O pensamento científico moderno caminhou pela busca da redução a fim de alcançar o máximo de especificidade e precisão na compreensão de seu objeto; através da tradução dos fenômenos em esquemas abstratos calculáveis e passíveis de demonstração (Czeresnia, 2006).

A crença subjacente era a de que a linguagem matemática seria capaz de expressar as leis universais dos fenômenos, e aqueles cujas palavras e conceitos científicos não conseguissem abarcar seriam considerados pouco confiáveis. Czeresnia complementa dizendo que “el

significado de la palabra se presentó en substitución a la propia cosa, cuyo aspecto sensible era considerado como inexistente”¹⁴.

Ainda Czeresnia reconhece que:

Nenhuma ciência seria capaz de dar conta da singularidade, por mais que se construam novos modelos explicativos – complexos – da realidade. Buscar abarcar a singularidade é estabelecer novas relações entre qualquer conhecimento construído por meio de conceitos e modelos e o acontecimento singular que se pretende explicar (Czeresnia, 2006)¹⁵

Sendo assim, a crítica ao modelo biomédico e também à tendência das ciências ditas naturais em estreitar as possibilidades de compreensão do ser humano, da saúde e das relações sociais, se encontram no cerne da construção do campo da Saúde Pública e está na origem do que determinou sua “crise” e a possibilidade de se pensar então uma Nova Saúde Pública, com abertura para inauguração do que veio a se chamar “Promoção da Saúde”. As transformações contemporâneas do discurso da saúde sinalizam os possíveis limites do sentido que o conhecimento científico produz em conformação com as práticas de saúde.

A crescente dependência da medicina em relação à alta tecnologia vem suscitando um certo número de problemas que não são apenas de natureza médica, mas envolvem questões sociais, econômicas, éticas e de laço social, que devem ser amplamente discutidas.

Há um aumento nos gastos com o que hoje denominamos de tecnologias em saúde e uma ampla disponibilidade na utilização de conhecimentos de ponta no campo da saúde, mas ao mesmo tempo, os mais básicos cuidados em saúde não vêm apresentando uma melhoria significativa de modo geral num grande número de países, sobretudo nos países subdesenvolvidos e em desenvolvimento. Embora a intervenção médica de alta complexidade tecnológica seja eficaz no cuidado individual, parece não fazer uma diferença significativa para a saúde das populações com um todo.

Nos dias atuais, os conhecimentos na área das ciências da saúde muitas vezes têm contribuído para criar uma espécie de fetichismo em relação aos recentes avanços da ciência e das tecnologias. Com isso, subestima-se o entendimento do processo saúde-doença através da sua própria história, lá mesmo onde ela se constitui como uma medicina social, como uma medicina não individual, mas das populações¹⁶.

Portanto, dizer que os principais determinantes da saúde são externos ao sistema de tratamento não é exatamente uma novidade. Não obstante, é recente a formulação de um discurso sanitário que pensa a saúde em sua positividade.

O reconhecimento de questões que pertencem ao campo da subjetividade, tais como autonomia e singularidade, surgem neste contexto de críticas ao modelo biomédico. A partir de

¹⁴ Ver Czeresnia, 2006. Pág. 50.

¹⁵ Tradução livre da autora. Para citação original em espanhol ver Czeresnia, 2006. Pág. 53.

¹⁶ Ver Foucault, 1979.

então inicia-se um esforço na direção de uma reinterpretação do sentido atribuído ao processo saúde-doença; escolha que conseqüentemente produziu certos efeitos na produção subjetiva contemporânea. De tal maneira que assistimos no dia 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde) a Organização Mundial da Saúde propor sua definição de saúde como um “estado de completo bem-estar físico, psíquico e social, não consistindo somente na ausência de enfermidades ou de doença”.

Minayo (2000) pondera que :

Tornou-se lugar comum, no âmbito do setor saúde, repetir (...) a seguinte frase: "saúde não é [ausência de] doença, saúde é qualidade de vida". Por mais correta que esteja tal afirmativa costuma ser vazia de significado e, freqüentemente, revela a dificuldade que temos como profissionais da área, de encontrar algum sentido teórico e epistemológico fora do marco referencial do sistema médico (...). Dizer, portanto, que o conceito de saúde (...) não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo médico. Porém, pouco acrescenta à reflexão (MINAYO, M. S.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M., 2000).

Esta definição possibilitou, por um lado, a introdução de um conceito amplo de saúde que busca integrar os determinantes sociais da doença nas ações políticas, incorporando novos modelos de atenção, na tentativa de renovar o pensamento sanitário buscando contrapor-se à hegemonia do modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo. Este conceito refletia, de certa maneira, uma aspiração nascida dos movimentos sociais do pós-guerra: o fim do colonialismo e a ascensão do socialismo. Saúde, neste sentido, deveria expressar o direito a uma vida plena, sem privações (Scliar, 2007).

Por outro lado, a expressão “completo bem estar” causa verdadeiro incômodo em muitos autores envolvidos com a temática do conceito de saúde, como por exemplo Segre & Ferraz (1997), que consideram a definição “irreal, ultrapassada e unilateral”, que dificilmente pode ser assumida como um objetivo pelos serviços de saúde. Assim, algumas perguntas caberiam ser feitas, como “o que seria um completo bem estar?”, “é por acaso possível definir em termos objetivos o que seria um estado de perfeição?”.

No plano social é ainda mais difícil imaginar um completo bem-estar, sobretudo se consideramos o que nos disse Freud no seu texto “*Mal estar na civilização*” (1997). Sua tese é a de que sempre haverá uma zona de tensão, uma vez que os homens se obrigam a fazer um pacto através do qual cumprem a exigência de renúncia pulsional como condição para viver em sociedade. Desta forma, usando as palavras de Segre & Ferraz (1997), “a própria organização social e a condição mesma da existência do homem em grupos baseiam-se em uma renúncia que, ainda que assegure ao indivíduo certos benefícios, gera um constante sentimento de mal-estar”.

Há ainda na literatura um outro grupo de críticas, de natureza política, que denuncia que esta definição de saúde acima mencionada permitiria abusos por parte do Estado, que interviria em diversas áreas da vida dos cidadãos, sob o pretexto de “promover a saúde”. O risco

percebido, por exemplo, por Kenneth (2007) quanto à ênfase excessiva numa suposta "definição positiva" da saúde como orientadora da atuação dos serviços de saúde é que:

se é de fato desejável que todos os indivíduos possam estender ao máximo suas aspirações, sem limitá-las à mera evitação de doenças, por outro lado é igualmente indesejável supor que é lícito estender a esfera de atuação do chamado "setor saúde" à totalidade da vida, da experiência humana, numa medicalização mais radical do que a denunciada pelos pioneiros do campo há quatro décadas (Kenneth, 2007).

O autor acrescenta ainda que este "expansionismo sanitário" acaba se traduzindo no desvio de recursos da atenção à saúde, onde legisladores e o Executivo (federal e estadual) propuseram que os mesmos fossem aplicados, para os mais variados tipos de programa de cunho assistencialista, uma vez que "saúde é tudo".

As Ciências Sociais e Humanas trazendo novos olhares sobre o processo de adoecimento introduziram pouco a pouco uma nova compreensão do conceito de saúde, que vem se tornando uma preocupação destacada na contemporaneidade perpassando mesmo os diferentes segmentos sociais, num acento de um cuidado com o corpo e seu funcionamento "otimizado" estabelecendo novas formas de relação com a dor e o prazer, com a vida e a morte.

Esta acentuada reverência ao "estado de saúde perfeito" foi possível, por sua vez, devido à extraordinária ampliação das tecnologias nas práticas médicas no decorrer do século XX. A tal ponto que, atualmente, poderíamos falar de uma "externalização da normatividade", isto é, que não mais ao corpo cabe a tarefa de regular internamente a capacidade normativa, produzindo saúde ou doença, como apostara Canguilhem.

Ora, em algum lugar permanecemos promovendo saúde, mas este lugar não se localiza mais no interior do corpo em sua relação normativa com o meio: este lugar agora é o lugar da técnica. A norma encontra-se fora do organismo, e sua normatividade parece ser mediada pela intervenção técnica.

Marcos conceituais da Promoção da Saúde

Diante das mudanças sociais, políticas, culturais e de um certo esgotamento do paradigma biomédico, desenvolveu-se, nas últimas décadas, o projeto de Promoção da Saúde como uma tentativa de responder aos desafios sanitários contemporâneos (Carvalho, 2004).

Surgindo no Canadá, imbuída de todas as especificidades do seu país de origem, o discurso da saúde promocional chegou ao Brasil e se consolidou no documento que institucionaliza a "Política Nacional de Promoção da Saúde". Buscaremos refletir de que maneira (e se) são feitas as adaptações ao contexto brasileiro; os possíveis impactos e contradições gerados no campo da saúde a partir da incorporação deste discurso no âmbito do SUS.

Atualmente, há um predomínio de discursos sobre a saúde produzidos pelo campo chamado “Nova Saúde Pública”, que utiliza conceitos e estratégias tais como educação em saúde, marketing social, participação comunitária, economia em saúde, colaboração intersetorial, ecologia, dentre outras (Castiel, 2007).

A *promoção da saúde* é uma das prerrogativas levantadas pela Nova Saúde Pública, que surge no Canadá, Estados Unidos e países da Europa Ocidental e se propaga de forma mais vigorosa nos últimos vinte e cinco anos. Nos anos de 1986 a 1991, três importantes Conferências Internacionais – em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundval (1991) – estabelecem as diretrizes conceituais e políticas da promoção da saúde.

O conceito de Promoção foi inicialmente utilizado para caracterizar um nível de atenção da medicina preventiva, mas ao longo do tempo seu conteúdo foi ampliado passando a representar um enfoque político e técnico a respeito do processo saúde e doença.

Além das motivações ideológicas e políticas enunciadas nas referidas conferências, a Promoção da Saúde surge como reação à acentuada medicalização da saúde tanto no interior do sistema como na própria sociedade. Como vimos na parte anterior, a concepção biomédica do processo de adoecimento começa a receber críticas advindas de diversos campos de conhecimento, e a Promoção da Saúde surge incorporando tais críticas e introduzindo novas maneiras de pensar a saúde e a doença; além de propor inovações nas intervenções e no cuidado com a saúde.

Segundo Buss (2006), transcorrido mais de quinze anos da divulgação da Carta de Ottawa, o termo ‘Promoção da Saúde’ se refere por um lado a um conjunto de valores relacionados à vida, saúde, equidade, participação, democracia, cidadania, desenvolvimento; e por outro a uma combinação de estratégias políticas: ações do Estado (políticas públicas saudáveis), da comunidade (reforço da ação comunitária), dos indivíduos (desenvolvimento de habilidades pessoais), do sistema de saúde (reorientação do sistema) e de ações intersetoriais.

Gutierrez (1997) define a Promoção da Saúde como:

o conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar o melhoramento de condições de bem-estar e acesso e bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população um maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, a nível individual e coletivo (Gutierrez, 1997. In: Buss, 2003. Pág. 19)

Sigerist (1946) foi um dos primeiros autores a fazer referência ao conceito de Promoção da Saúde quando definiu as quatro tarefas essenciais da medicina, são elas: a promoção da saúde, a prevenção de doenças, a recuperação dos doentes e a reabilitação. Ele afirmou que podemos promover saúde se proporcionarmos boas condições de vida e trabalho, educação, cultura física e formas de lazer e descanso (Buss, 2006).

Os diversos conceitos relacionados à Promoção da Saúde podem ser reunidos em dois grandes grupos. No primeiro, a promoção da saúde consiste em atividades dirigidas primordialmente à transformação dos comportamentos individuais, com ênfase na mudança de estilos de vida. A preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis está associada à idéia de que os problemas de saúde – ou pelo menos boa parte deles - estão relacionados com o estilo de vida das pessoas. Neste caso, as ações de promoção tendem a se concentrar em componentes educativos, relacionados a comportamentos de risco que se encontrariam pelo menos em parte sob o controle dos próprios indivíduos.

Porém, cada vez mais se reconhece que o modelo de educação em saúde baseado em campanhas e palestras informativas com vistas a propiciar mudanças comportamentais na população, incorre no equívoco de não considerar, como argumentou Freire, que “ensinar não é transferir conhecimento, mas criar as possibilidades para sua produção ou para sua construção” (Freire, 2003. Pág.22).

O segundo grupo diz respeito ao âmbito coletivo e às influências do ambiente e das condições de vida da população no processo saúde-doença. Neste caso as atividades de promoção estariam voltadas para a coletividade e ao ambiente que rodeia através das chamadas políticas públicas saudáveis e reforço do saber das comunidades (*empowerment*). Em ambos os casos, podemos encontrar mecanismos de regulação próprios do que Foucault denominou <biopolítica>, tanto na dimensão do *corpo individual* (primeiro grupo de ações) quanto no âmbito da *população* (segundo grupo de ações), assunto que veremos com mais cuidado no próximo capítulo. Os dois grupos de ações foram incorporados pela Organização Mundial de Saúde.

O conceito de Promoção da Saúde vem sendo trabalhado por diferentes atores sociais ao longo dos últimos vinte anos. Inúmeros eventos internacionais, diversas publicações teóricas e pesquisas têm contribuído para a delimitação dos conceitos e práticas nesta área.

Vejamos na próxima página um quadro que compõe uma breve cronologia apresentada por Paulo Buss (2006) no texto “*Introdução ao conceito de Promoção da Saúde*”.

Quadro 1. Uma breve cronologia da Promoção da Saúde

1974 – Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses
1976 – Prevenção e Saúde: interesse para todos, DHSS (Gran Bretaña)
1977 – Saúde para Todos no ano 2000 – 30ª Assembléia Mundial de Saúde
1978 – Conferência Internacional sobre Atenção Primária em Saúde – Declaração de Alma Ata
1979 – População Saudável/ Healthy People: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention. US-DHEW (EE.UU)
1980 – Informe negro sobre as desigualdades em saúde, DHSS (Gran Bretaña)
1984 – Toronto saudável 2000 – Campanha lançada no Canadá
1985 – Oficina européia da organização Mundial da Saúde : 38 metas para a saúde na região européia.
1986 – Alcançando a Saúde para Todos: uma marco de referência para a promoção da saúde – Informe do Ministério da Saúde do Canadá, Min. Jack Epp.
1986 – Carta de Ottawa sobre promoção da saúde – I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Canadá)
1986 – Promoção da Saúde: estratégias para ação – 77ª Conferência Anual da Associação Canadense de Saúde Pública
1987 – Lançamento do Projeto Cidades Saudáveis (OMS)
1988 – Declaração de Adelaide sobre políticas públicas saudáveis – II Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde (Austrália)
1988 – De Alma Ata ao ano 2000: reflexões a meio caminho – Reunião Internacional Promovida pela OMS em Riga (URSS)
1989 – Uma chamada para a Ação – Documento da OMS sobre a promoção da saúde em países em desenvolvimento
1990 – Cumbre Mundial de las Naciones Unidas sobre el Niño (Nova Iorque)
1991 – Declaração de Sundsväl sobre ambientes favoráveis para a saúde – III Conferência Internacional sobre a promoção da saúde (Suécia)
1992 – Conferência das Nações Unidas sobre Ambiente e Desenvolvimento (Rio 92)
1992 – Declaração de Santa Fé de Bogotá – Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde na região das Américas (Colômbia)
1993 – Carta do Caribe para a promoção da saúde – I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe (Trinidad e Tobago)
1993 – Conferência das Nações Unidas sobre os Direitos Humanos (Viena)
1994 – Conferência das Nações Unidas sobre População e Desenvolvimento (O Cairo)
1995 – Conferência das Nações Unidas sobre a Mulher (Pequim)
1995 – Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Social (Copenhague)
1996 – Conferência das Nações Unidas sobre Assentamentos Humanos (Estambul)
1996 – Cumbre Mundial de Las Naciones Unidas sobre Alimentación (Roma)
1997 – Declaração de Yakarta sobre Promoção da Saúde do século XXI em diante- IV Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (Yakarta)
2000 – V Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde (México)

Fonte: Buss, 2006. Pág. 26.

Como podemos conferir no quadro, o movimento de promoção da saúde surge no Canadá em maio de 1974, com a divulgação do documento “*A new perspective on the health of Canadians*”, conhecido também pelo nome de *Informe Lalonde*. Seus fundamentos reúnem as bases dos chamados ‘determinantes da saúde’, que decompõem o campo da saúde em quatro amplos componentes: a biologia humana, estilo de vida, ambiente, e organização dos sistemas de saúde.

Dentro desta nova perspectiva foram propostas cinco estratégias para intervir nos problemas da área da saúde. São elas, a promoção da saúde, a regulação, eficiência da assistência médica, investigação e estabelecimento de objetivos (Buss, 2006). Aproximadamente 74 iniciativas foram apresentadas para implementar tais estratégias. Destas, 23 são dedicadas às ações de promoção. É interessante notar – seguindo a linha de pensamento que conduz as reflexões deste trabalho – que estas foram direcionadas exclusivamente aos fatores relacionados ao estilo de vida, como a dieta, o tabaco, o álcool, o uso de drogas e a conduta sexual saudável.

As políticas da Organização Mundial da Saúde vêm sendo consolidadas ao longo dos anos em grandes conferências internacionais. Assim sendo, em 1978, a OMS realizou em Alma Ata a I Conferência sobre Atenção Primária em Saúde. Este pode ser considerado com um dos eventos mais significativos para a saúde pública, que levantou a bandeira das ações integradas em saúde, e também por ter exercido influência em quase todos os sistemas de saúde do mundo convocando a meta “Saúde para todos no ano 2000”.

Neste momento o Ministério da Saúde e a OMS passaram a investir no desenvolvimento dos fundamentos e das práticas de promoção da saúde, delineando um campo de ações e conceitos que culminaram na I Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no Canadá (Ottawa) em 1986.

Uma diferença curiosa porém pouco notada, e que foi apontada por Stotz e Araújo (2004), é que o Brasil participou de Alma Ata, mas não esteve presente em Ottawa. Na primeira, participaram quase todas as nações do Planeta. No entanto, em Ottawa se reuniram apenas os países considerados desenvolvidos e alguns poucos periféricos. Uma marca interessante sobre as características do nascimento deste discurso: uma deflagração que parte dos países ricos e se espalha pelos países, assim chamados, “em desenvolvimento”. Em seguida à realização do encontro de cúpula em Ottawa, realizaram-se outras conferências regionalizadas sobre o tema da Promoção da Saúde. Como por exemplo, a reunião em Jacata (Indonésia), em Port Spain (Caribe), e em Bogotá (Colômbia) no ano de 1992, na qual o Brasil participou e foi signatário da declaração resultante do encontro.

Como a promoção define como requisitos para a saúde a paz, educação, moradia digna, renda suficiente, justiça social e equidade (etc); de que modo os diversos países tão diferentes quanto a sua condição sócio-econômica poderiam convergir em seus apontamentos sobre tais

requisitos? Ver Ottawa e Bogotá debaterem sobre as proposições da promoção da saúde nestes termos seria bastante curioso. Não à toa, parece, que a opção foi então separar o “joio do trigo”.

Assim sendo, encontramos na Carta de Bogotá a afirmação da saúde como uma conseqüência do desenvolvimento econômico e social da região, e o documento enfatiza as dificuldades para se alcançar isso: “(...) a **extrema iniquidade** que se agrava pela prolongada crise econômica e pelas políticas de **ajuste macroeconômico** (...)” (Stotz e Araújo, 2004).

Em seguida a carta anuncia que “**dentro desse panorama** a promoção da saúde destaca a **importância ativa das pessoas** na mudança das condições sanitárias e na maneira de viver, condizentes com a criação de uma **nova cultura da saúde**”. Vejamos como o documento anuncia um problema de natureza política e social de importância gigantesca para a população (a questão da iniquidade devido às políticas de ajuste macroeconômico), para em seguida apresentar como caminho para se promover saúde, “dentro desse panorama”, a responsabilidade individual de cada pessoa. Uma ambiguidade das mais perigosas, posto que o discurso da responsabilização individual caminha na mesma estrada de onde partem os ajustes macroeconômicos. Mais interessante ainda é destacar, em meio a este difuso discurso, que o objetivo final é a “criação de uma nova cultura da saúde”. Este ponto nos interessa muito, e voltaremos a ele mais adiante.

A carta recomenda, ainda, “impulsionar a cultura da saúde **modificando valores**, atitudes e relações”, “criar ideais de saúde mediante a **completa tomada de consciência** da importância da saúde e a determinação de realizar *ações transcendentais* de impacto neste campo”. Como apontam Stotz e Araújo (2004):

(...) exceto as ‘ações transcendentais’ que não atinamos o que possa ser, todos os demais pontos compõem claramente um programa de extremo autoritarismo. Pressupõe que as pessoas não têm uma cultura de saúde, não vêm a saúde como um bem desejável e precisam ser conscientizadas da sua importância. Há, subjacente, uma visão de mundo que nega radicalmente a cultura e o saber popular (Stotz e Araújo, 2004).

No Brasil o modelo seguido oficialmente é o de Ottawa, mas na prática ocorre uma versão neste estilo mais autoritário, como mostraram Stotz e Araújo, legitimado e implementado pela Carta de Bogotá. Percebe-se que, desde o advento da promoção, uma das mudanças notórias na prática de saúde pública no Brasil tem sido a sutil implementação de estratégias de culpabilização (Castiel, 2007) das próprias vítimas da nossa eterna crise sanitária. Além da propagação de modelos behavioristas de trabalho no campo da prevenção e da promoção, “absolutamente avessas a qualquer pedagogia da problematização”¹⁷. Vale destacar que a educação em saúde é a “menina dos olhos de ouro” da medicina promotora.

¹⁷ Stotz e Araújo, 2004.

A 1ª Conferência, voltamos a ela, teve como principal resultado a Carta de Ottawa (Brasil, 2002), que representou desde então um marco de referência para o desenvolvimento das idéias da promoção da saúde em todo o mundo (Buss, 2006).

A Carta de Ottawa, documento oficial que institucionaliza o modelo canadense, preconiza cinco âmbitos de ação da promoção da saúde: 1) elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; 2) reforço da participação da comunidade na gestão do sistema de saúde; 3) reorientação do sistema de saúde; 4) criação de ambientes favoráveis à saúde; 5) ênfase na mudança de estilos de vida.

Este documento define a promoção da saúde como “o **processo** de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (Brasil, 2002).

A idéia da saúde como um *processo* realiza, como sugere Marcondes (2004), um avanço em relação ao documento anterior, produzido em 1978 na Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde em Alma-Ata, que enfatizava a saúde como "*estado* de completo bem-estar físico, mental e social". A saúde passa a ser vista não mais como um '*estado*' (acabado, finalizado), mas como um '*processo*' (inacabado, incompleto, um eterno vir-a-ser); ou ainda como fala Sabroza (2004), um "*projeto*", que deverá então ser definido por cada pessoa, grupo, ou nação, de acordo com suas possibilidades econômicas, técnicas, políticas e culturais.

Marcondes (2004) argumenta que:

Mais do que um mero debate sobre o emprego de expressões, a diferença entre o "potencial" em Ottawa e o "completo" de Alma-Ata sugere importantes implicações conceituais que adquirem nitidez ao longo dos anos sem, contudo, perder de vista o ponto fundamental: a saúde envolve os demais setores da sociedade além do setor médico e dos demais profissionais da saúde (Marcondes, 2004).

Ser saudável, nesta concepção reformulada, é mais do que não estar doente, pois envolve uma concepção de vida com qualidade, que inclui bem-estar físico, mental e social - se não completo, pelo menos, expressos em sua máxima potência.

Nesse sentido, o 'desenvolvimento de habilidades e atitudes pessoais' favoráveis à saúde em todas as etapas da vida compõe o conjunto de campos de ação da promoção da saúde que favorecem esta expressão da "máxima potência saudável". Este componente da Carta de Ottawa trata da dimensão da educação em saúde, resgatando a idéia de *empowerment* no plano individual, que significa o processo de aquisição de conhecimentos e de consciência política capazes de tornar o indivíduo apto a atuar em prol de sua saúde.

O discurso da promoção amplia o conceito de saúde, propondo que as condições fundamentais para a saúde são: paz, felicidade, alimentação e nutrição, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade, boas condições de trabalho,

oportunidades de educação ao longo de toda a vida, ambiente físico limpo, apoio social para famílias e indivíduos, moradia e saneamento.

Como resultado, as mais diversas atividades da vida social, os hábitos esportivos, as práticas religiosas, sexuais, etc, passam a ser consideradas práticas de saúde. Portanto, a postura das pessoas em relação às atividades físicas, alimentação, ao cuidado com o corpo, ao lazer, etc, são componentes de um 'estilo de vida' considerado saudável. Trata-se verdadeiramente da instituição de uma "nova cultura da saúde", como vimos anteriormente no texto da Carta de Bogotá.

A força deste discurso é tão grande que a predominância desses padrões de beleza e de saúde estimula o crescimento de um massivo mercado de produtos que prometem fazer com que as pessoas atinjam este ideal. A compulsão consumista própria da sociedade contemporânea foi canalizada para o consumo de produtos de saúde e beleza, de serviços médico-estéticos e de medicamentos para emagrecer.

Consumir passou a ser uma máxima na sociedade atual. Arendt (1961) já observara que a economia contemporânea era uma "economia do desperdício, na qual todas as coisas devem ser devoradas e abandonadas quase tão rapidamente quanto surgem no mundo (...)". E antevia o "grave perigo de que chegará o momento em que nenhum objeto do mundo estará a salvo do consumo e da aniquilação através do consumo". A autora fazia a crítica ao homem moderno não somente por ele não empregar o seu tempo livre no cuidado com a coisa pública, mas sobretudo pela tendência ao consumo desenfreado (Duarte, 2001).

Duarte (2001) observa que através da atitude funcional e utilitária com as coisas, aumentamos a previsão, padronização e controle sobre a capacidade humana de agir e transformar; o que tornou os homens não apenas moldados e massificados, mas também supérfluos.

Como analisar, neste contexto, o discurso universal da Promoção da Saúde? As sociedades atuais ainda que tenham aumentado enormemente sua capacidade técnica de lidar individualmente com problemas de saúde, não têm conseguido de fato promover os cuidados básicos da saúde da população: em muitos países ainda é enorme a quantidade de pessoas que não dispõem de acesso à saúde, de saneamento em suas residências, e constatamos o retorno de algumas enfermidades que pareciam já terem sido erradicadas (como o caso da sífilis, da tuberculose, da gripe). Estamos poluindo cada rio, cada nascente, produzindo mais e mais lixo, vivemos a época do "aquecimento global", enquanto tais políticas discutem maneiras de promover ambientes saudáveis: nada parece mais emblemático e ao mesmo tempo revelador do modo como estamos conduzindo a saúde, o cuidado com o ambiente e a preocupação com a política.

Por outro lado jamais em outro momento da história humana se consumiu tanta tecnologia em saúde, tanto medicamento. Nunca se cuidou tanto do corpo, da pele para ela não envelhecer, da alimentação para não engordar. Enfim, um quadro que revela que no fundo parece que não estamos ‘promovendo saúde’ tanto assim, mas estamos certamente ‘consumindo saúde’.

Análise de alguns pontos da Política Nacional de Promoção da Saúde

Partindo das idéias que foram trabalhadas até o momento, buscaremos analisar e discutir alguns pontos do texto da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006). Como afirma Traverso-Yépez (2007), as concepções e argumentações sobre o tema da saúde não expressam somente posicionamentos, mas por serem relacionais, produzem também formas de ação e formas de subjetivação na vida em sociedade, sendo, portanto, eminentemente psicossociais.

Partimos do pressuposto de que há uma constante interação das práticas sociais, que influenciam e são influenciadas por tudo que está ao redor (Traverso-Yépez, 2007). A concepção, portanto, da inter-relação como uma atividade que produz sentido reitera o caráter construtivo dos processos psicossociais, assim como a constituição social da subjetividade.

Também consideraremos a seguinte reflexão de Traverso-Yépez (2007):

Qualquer “leitura” das novas propostas de ordenamentos sociais deve ser acompanhada de processos de reflexão e de auto-reflexão (...). Assim, no caso da política de promoção da saúde, acredita-se ser resultado da pressão internacional somado à consciência (...) sobre as limitações de um modelo de saúde que continua centrado na doença. Contudo, nesse teor de reflexão crítica, é de se questionar se as práticas discursivas, ou formas de ação perpassadas pela linguagem implícitas na política, viabilizam as mudanças necessárias.

Para o estudo da Política Nacional de Promoção da Saúde adotamos, ainda, a estratégia foucaultiana de análise do discurso. Trata-se de um tipo de análise discursiva que busca compreender como se formam os discursos, para responder a que necessidades, como se modificam e se deslocam, que força exercem efetivamente, quais foram suas condições de aparição, de crescimento e consolidação.

Foucault (2008), então, delimita alguns princípios de método. São eles:

- 1) Inversão: Que quer dizer que é preciso reconhecer o jogo negativo de recorte e esvaziamento do discurso lá onde acreditávamos reconhecer sua fonte positiva;
- 2) Descontinuidade: Que quer dizer que o fato de haver sistemas de esvaziamento (rarefação) não significa que por trás reine um grande discurso ilimitado, contínuo e silencioso. Mas que os discursos devem ser tratados como práticas descontínuas, que se cruzam, mas também se excluem muitas vezes;

- 3) Especificidade: Que significa não transformar o discurso num jogo de significações prévias, não imaginando que o mundo nos apresenta uma face legível que apenas nos caberia decifrar. Ao contrário, deve-se conceber o discurso como uma violência que fazemos às coisas, como uma prática que lhes impomos em todo caso;
- 4) Exterioridade: Que significa não passar do discurso para seu núcleo interior e escondido, mas partir do próprio discurso, de sua aparição e regularidade, procurando as suas condições externas de possibilidade.

Por fim Foucault¹⁸ sugere que se quisermos analisar os discursos em suas condições, seu jogo e seus efeitos, é preciso optar por três posicionamentos: questionar nossa vontade de verdade, restituir ao discurso seu caráter de acontecimento e suspender a soberania do significante.

No texto da Política Nacional, a Promoção da Saúde aparece inserida numa série de diferentes construções discursivas, como sinaliza Traverso-Yépez (2007). Não vamos, no entanto, analisar todas elas. Buscaremos destacar as construções discursivas que dizem respeito ao foco da nossa problemática, que é a questão da autonomia e da responsabilidade individual. Para simplificar, e não tornar esta análise muito extensa - cujo objetivo é apenas refletir sobre alguns pontos importantes do documento-, prosseguiremos identificando algumas construções discursivas, destacando trechos do texto e discutindo-os.

1) Proposição de um conceito ampliado de saúde

Na página 6 do documento oficial, encontramos a seguinte formulação: “a análise do processo saúde-adoecimento evidenciou que a saúde é resultado dos modos de organização da produção, do trabalho e da sociedade em determinado contexto histórico e o aparecimento biomédico não consegue modificar os condicionantes nem determinantes mais amplos desse processo (...)”.

A Política Nacional de Promoção da Saúde, então, parece enfatizar os aspectos relacionados aos determinantes sociais do processo de adoecimento, propondo uma visão conceitual de que a saúde está ligada a um conjunto de fatores, tais como a violência, o emprego, falta de saneamento, habitação adequada, educação, urbanização, fome, qualidade do meio ambiente, etc. Ou seja, praticamente todas as dimensões do viver estariam relacionadas, nesta perspectiva, as questões referentes à saúde.

Embora a proposta da Política Nacional de Promoção da Saúde identifique as dimensões sociais do processo de adoecimento, decorrentes das precárias condições de vida e das profundas inequidades sociais existentes no Brasil, não coloca em discussão a viabilidade de implementar ações que efetivamente consigam abarcar todas estas dimensões, tampouco se questiona a

¹⁸ A este respeito conferir FOUCAULT, M. *A Ordem do Discurso*. Edições Loyola, 1996.

naturalização com que lidamos com as injustiças instaladas. Para Traverso-Yépez (2007), a política, portanto, naturaliza e promove uma banalização das inequidades, como se elas não existissem do ponto de vista de uma Política da Cidade, e com isso tende a atuar a favor da institucionalização e reprodução das mesmas desigualdades. Nas palavras de Carvalho (2007) encontramos uma referência interessante para apoiar o que estamos tentando dizer. Para ele

Não basta ser contra a pobreza, é necessário ser contra as estruturas que a determinam. Declarações de princípios contra a inequidade e em favor de uma sociedade saudável e socialmente justa transformam-se em discursos vazios quando não se discutem as raízes destes problemas nem se delineiam alternativas ao *status quo* (Carvalho, 2007. Pág. 152).

2) Responsabilização individual

Quanto a este aspecto o texto se revela bastante ambíguo em suas proposições, pois ao mesmo tempo em que se referem de forma contrária a uma certa perspectiva “individualizante e fragmentária, que colocam os sujeitos e comunidades como únicos responsáveis pelos arranjos ocorridos no processo de adoecimento ao longo da vida” (Pág. 10); logo a seguir evocam “que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação (...)”.

Na definição dos objetivos específicos da Política Nacional de Promoção da Saúde (pág. 17), encontramos logo no item II: “Ampliar a autonomia e a co-responsabilidade de sujeitos e coletividades, (...) no cuidado integral à saúde (...)”. E na definição das Diretrizes da Política, pág. 19, item III: “Fortalecer a participação social como fundamental na consecução de resultados de promoção da saúde, em especial a equidade e o empoderamento individual e comunitário”.

Em outro ponto do documento encontramos a afirmação: “o exercício da cidadania vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando por meio da criatividade e do espírito inovador, a criação de mecanismos de mobilização e participação dos vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede”. “Destá forma, o agir sanitário envolve fundamentalmente o estabelecimento de uma rede de compromissos e co-responsabilidades (...)” (Pág. 12).

Estamos diante de questões um tanto complicadas. De início notamos a fragilidade com que a crítica às perspectivas individualizantes é sustentada, uma vez que imediatamente a seguir o documento parece conjugar exatamente com a perspectiva que criticou, se confundindo com ela.

A respeito de contradições como esta Carvalho (2007) faz interessantes considerações ao dizer que:

A Promoção da Saúde, (...) tem como característica a ambigüidade de suas premissas. Seus fundamentos básicos estão em total acordo com o caráter progressista, democrático e humanitário dos movimentos sociais e ao mesmo tempo com os valores da democracia liberal das sociedades nas quais muitos destes movimentos emergiram (Carvalho, 2007. Pág. 151).

Não fica claro, portanto, que instância social seria responsável pela elaboração e implementação das ações de saúde, se a população, se os trabalhadores da saúde, se os gestores, et, etc... Deparamo-nos aqui com uma oração onde não está indicado nenhum sujeito, o que faz pensar que todos são, afinal, responsáveis, mas ninguém tem clareza quanto às atribuições de cada um.

Outro ponto problemático é a aposta de que através da criatividade e espírito inovador os sujeitos serão capazes de se organizar em redes e resolver seus problemas de saúde. Os conceitos utilizados, tais como “auto-ajuda”, “equidade”, “empowerment”, “participação comunitária”, etc, tem ampla aceitação e justificam a sua rápida propagação. No entanto, sinaliza Carvalho (2007), estes conceitos guardam uma indefinição quanto as atribuições dos direitos de cidadania e, principalmente, das responsabilidades estatais.

3) Ênfase na escolha individual e nos “modos de vida” (caracterizando o “indivíduo autônomo”, que faz suas escolhas saudáveis)

Embora a política sinalize que “o modo como sujeitos e coletividades elegem suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencem à ordem coletiva” (Pág. 11), mais uma vez tropeçamos em contradições no interior de suas formulações, pois no parágrafo seguinte lemos: “Propõe-se, então, que as intervenções em saúde ampliem seu escopo, (...) incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham”.

Fala-se, na página 31, em “estimular ações que promovam escolhas alimentares saudáveis por parte dos beneficiários dos programas de transferência de renda” e “estimular ações de empoderamento do consumidor para o entendimento e uso prático da rotulagem geral e nutricional dos alimentos”, de tal maneira que todos - ao escolher seus produtos no supermercado - sejam capazes de ler e interpretar quantas calorias possui um alimento, quanto de carboidrato, de açúcar, etc. ‘Empoderar o consumidor’ significaria, deste modo, capacitá-lo a pautar de forma “racional” e “saudável” sua escolha pela aquisição ou não do produto com base nas normas nutricionais para uma boa saúde.

Na discussão sobre as estratégias de implementação da política, pág. 20, encontramos no item II a seguinte proposição: “Estímulo à inserção de ações de promoção da saúde em todos os níveis de atenção, com ênfase na atenção básica, voltadas às ações de cuidado com o corpo e a saúde, alimentação saudável e prevenção, e controle do tabagismo”. No item VII. a) “(...) foco em ações de alimentação saudável; práticas corporais/atividades físicas e ambiente livre do tabaco”, cuja descrição aparece literalmente igual no item XII.a), não iremos repetir a mesma citação.

Notamos nos trechos sublinhados que há uma ênfase notável quanto à definição de hábitos de vidas saudáveis, e quanto à prescrição das ações que devem ser seguidas para atingir este padrão de saúde: alimentação, práticas corporais, anti-tabagismo, etc. Nesta perspectiva, as escolhas e os modos de vida são estabelecidos pela política, de modo que aparentemente estaria na escolha de cada um individualmente a responsabilidade pela sua saúde e precisaríamos apenas seguir as recomendações para sermos felizes e saudáveis.

De modo geral, identificamos aí um discurso que, de certa maneira, destoa da realidade brasileira - marcada por uma acentuada desigualdade sócio-econômica -, pois este discurso supõe que a população à qual se dirige é composta de pessoas providas de condições sociais, e que através do esclarecimento teria a possibilidade de escolher entre este ou aquele modo de vida mais ou menos saudável. No entanto, sabemos que não se trata tão somente de uma questão de eleger opções de viver, mas de muitas vezes estar submetido a um certo modo de vida precário resultante de uma série de fatores que compõem o cenário brasileiro e que dificultam, quando não inviabilizam, a possibilidade de escolha.

4) Processos de Subjetivação

O discurso da promoção da saúde - a maneira como circula e exerce influência, os posicionamentos e as ações que pretende viabilizar-, participa ativamente na produção dos modos de subjetivação dos atores envolvidos. Traverso-Yépez (2007) assinala que

A análise mostra que os discursos não são neutros, mas carregados de intenções, juízos de valor e posicionamentos que viabilizam certo tipo de práticas sociais em detrimento de outras, sempre em interdependência com a dinâmica das práticas sócias/institucionais de tipo vertical e autoritário na qual se inserem.

Partindo dessas observações, notamos que o documento ao descrever as ‘ações específicas’ da política de promoção da saúde - que se divide em 8 tópicos - faz uma interessante distribuição de prioridades, que foi possível identificar analisando cada tópico e percebendo a ênfase dada a cada um deles. O 1^o tópico, por exemplo, relativo às ações de “*Divulgação e implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde*” é apresentado brevemente em 10 linhas divididas em quatro breves itens, que não recebem muitas considerações. O que denota, a nosso ver, que os modos como a política será implementada não parecem bem descritos, revelando uma fragilidade quanto às reais possibilidades de concretização das idéias propostas.

Já para o 2^o tópico, “*Alimentação saudável*”, foram dedicadas 5 páginas com o repertório das referentes ações, contendo cada uma diversos itens e subitens. Destacamos o item III- “Disseminar a cultura da alimentação saudável em consonância com os atributos e princípios do Guia Alimentar da População Brasileira”, como ponto bastante revelador da produção de uma certa subjetividade assentada numa maneira de viver baseada em regras higiênicas que perpassam as mais diversas atividades humanas, incluindo a alimentação.

Para o 3º tópico, “*Prática corporal/atividade física*”, somos contemplados com três páginas repletas de itens e subitens igualmente, dos quais retiramos os seguintes para efeito de ilustração: “II. a) organizar serviços de saúde de forma a desenvolver ações de aconselhamento junto à população, sobre os benefícios de estilos de vida saudáveis; II.b) desenvolver campanhas de divulgação estimulando modos de viver saudáveis objetivando reduzir fatores de risco (...)”. Acreditamos que a ênfase nestas ações produzem certos efeitos na produção subjetiva, que discutiremos mais nos itens 3 e 4 do quinto capítulo.

O tópico 4, “*Prevenção e controle do tabagismo*”, também bastante privilegiado, se desenrola ao longo de duas páginas. Por outro lado, o tópico 6, que trata da “*Redução da Morbimortalidade por acidente de trânsito*” parece não ser um assunto tão importante na agenda das ações promocionais, uma vez que sua descrição não passa de 7 linhas pouco elucidativas. Assim como o tópico 5, “*Redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas*”, que recebe um restrito grupo de ações ao longo de 6 curtos itens, não deixando de conter, evidentemente, a seguinte proposição: “Desenvolvimento de iniciativas de redução de danos pelo consumo de álcool e outras drogas que envolvam a co-responsabilidade e autonomia da população”.

Os dois últimos tópicos, “*Prevenção da violência e estímulo à cultura de paz*” e “*Promoção do desenvolvimento sustentável*” dividem apenas uma página, onde encontramos descrições abrangentes e pouco elucidativas a respeito da viabilidade de implementação das referidas ações.

Talvez tenhamos sido algo exaustivos na descrição dos tópicos, em todo caso nos pareceu de extrema importância a busca por ilustrações retiradas do próprio documento da Política Nacional de Promoção da Saúde, para explicitar de onde parte nossa reflexão crítica e em direção a que pontos, mostrando que – ao nos referir às mutações contemporâneas, às novas modalidades de subjetivação, etc - estamos trabalhando a partir de observações das tendências discursivas da promoção da saúde que se materializam em seus documentos.

A prática reflexiva nos permite questionar os valores dominantes em uma cultura, compreendendo como se constituem determinadas práticas hegemônicas e a serviço de que relações de força e de poder elas se exercem. Isso com o intuito de tornar possível reconsiderar aquilo que se apresenta como natural e evidente, e deste modo, pensar criticamente as conseqüências das propostas do discurso da promoção da saúde.

Do ponto de vista de Foucault, essa ontologia crítica não deve ser apreendida como uma teoria geral que compõe um conjunto de conhecimentos estáveis; nem tampouco deve ser entendida como uma doutrina a ser seguida. Por isso fizemos a análise, partindo dos elementos que nos saltavam aos olhos tendo em vista o foco da nossa problemática.

Assim, essa postura crítica, ainda segundo Foucault, deve ser concebida como uma atitude, um *ethos*, uma vida filosófica em que a crítica do que somos seja, ao mesmo tempo, análise histórica dos limites que nos são impostos, bem como a experimentação da possibilidade de transgressão (Traverso-Yépez, 2007).

Sobre a noção de empowerment e suas contradições

O empowerment é uma idéia que tem origem nas lutas pelos direitos civis, no movimento feminista e na ideologia da ação social presentes nas sociedades dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, este conceito é influenciado pelos movimentos de auto-ajuda e, nos anos 80, pela psicologia comunitária (Carvalho, 2004).

Na literatura e referências bibliográficas da área da saúde, *empowerment* é freqüentemente apresentado como uma abordagem cujo objetivo é buscar melhorar a situação e a posição dos grupos mais vulneráveis no que diz respeito, por exemplo, a exposição ao vírus HIV, ou ainda, ao abuso infantil, a gravidez precoce, a discriminação de gênero e raça, em geral de comunidades pobres (Stotz e Araújo, 2004).

Para a OMS a definição é bastante abrangente, tendo como principal característica uma mobilização por parte de indivíduos e grupos, bem como a tomada de consciência destes do que possibilita alcançar seus objetivos.

Já o Banco Mundial (World Bank, 2004) define que “*empowerment* é a expansão de vantagens e capacidades (ou habilidades) de pessoas pobres para participar, negociar com, influenciar, controlar e sustentar incontáveis instituições que afetam suas vidas”¹⁹.

Embora apareça com uma linguagem que afirma a importância da autonomia das pessoas e da diminuição da dependência de instituições macrossociais, alguns autores sinalizam que o *empowerment* vem sendo usado para justificar a diminuição e o retrocesso na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de conservadorismo fiscal.

Além disso, parece haver mais um sentimento de poder do que sua existência efetiva por parte dos indivíduos, uma vez que a maior parte da vida é controlada por políticas e práticas macrossociais. Entretanto Carvalho pontua que:

não significa que o indivíduo não possa ter nenhuma influência ou que suas percepções individuais não sejam importantes, mas, antes, significa que reduzir o poder à psicologia individual é ignorar o contexto político e histórico em que as pessoas atuam. Confundir a habilidade real de alguém em controlar as coisas com um sentido de empowerment despolitiza este último (Carvalho, 2004).

¹⁹ Tradução de Stotz e Araújo, 2004.

Entende esse autor que a carência de um embasamento teórico consistente e as múltiplas interpretações sobre essa noção na literatura são elementos que dificultam a utilização desse conceito no campo da saúde, o que demanda um pensamento crítico, que adjetive e esclareça o significado do mesmo.

Alguns questionamentos interessantes são propostos por Helena Restrepo, ao refletir sobre quem é alvo e de quem parte o empoderamento. Ela diz:

A quiénes se empodera? A los grupos excluidos socialmente, y los excluidos no son solamente los pobres aunque son siempre un grupo prioritario, también son excluidos (...) ciudadanos olvidados, sin ningun poder de participar y decidir (...). Por quien se empodera? Por funcionarios de diferentes sectores del gobierno, (...) en fin todos aquellos que pueden crear los espacios para la participación y el crecimiento de los grupos y las personas (Restrepo, 2001. Pág. 40).

Identificamos, de imediato, um incômodo teórico-conceitual quanto à concepção de poder - promovida pelos “discursos do empoderamento”- como algo a ser “possuído”, e não como algo que se constitui na relação (Foucault, 1979). Há um equívoco simultaneamente cometido quando se utiliza a noção de autonomia nestes termos de “algo que se possui”, uma coisa materializada nas mãos deste e não daqueles.

Machado²⁰ (1979) explica, a respeito da proposição foucaultiana sobre o poder, que:

Rigorosamente falando, o poder não existe; existem sim práticas ou relações de poder. O que significa dizer que o poder é algo que se exerce, que se efetua, que funciona. E que funciona como (...) uma máquina social que não está situada em um lugar privilegiado ou exclusivo, mas se dissemina por toda a estrutura social. Não é um objeto, uma coisa, mas uma relação. E esse caráter relacional do poder implica que as próprias lutas contra seu exercício não podem ser feitas de fora, pois nada está isento de poder. Qualquer luta é sempre resistência dentro da própria rede do poder (...).

Por isso as teorizações sobre o empoderamento são e serão sempre paradoxais, pois partem de uma noção do poder como o cetro e a coroa carregados pelo Rei: alguém que possui o poder (governos, profissionais de saúde, etc) confere uma dose possível de poder àqueles que não possuem. Entretanto, o que mostram as análises de Foucault é que os poderes moleculares e periféricos não são exclusividade do Estado/Governo, nem são necessariamente criados e exercidos por ele. Os micro-poderes se exercem também e, sobretudo, fora dele, em pontos diferentes da rede social.

No que tange mais especificamente ao campo das práticas e políticas de saúde, a grande questão problemática presente no escopo de todo este debate sobre empoderamento, e denunciada por alguns autores (Carvalho, 2004; Castiel, 2007, dentre outros), é de que sob o

²⁰ É importante a este respeito pontuar a consideração feita por Machado de que não existe em Foucault uma teoria geral do poder. Ele diz que “suas [de Foucault] análises não consideram o poder como uma realidade que possua uma natureza, uma essência que ele procuraria definir por suas características universais. Não existe algo unitário e global chamado poder, mas unicamente formas díspares, heterogêneas, em constante transformação. O poder não é objeto natural, uma coisa; é uma prática social e, como tal, constituída historicamente” (Machado, 1979. Pág. X). Sem esta ressalva Machado considera que corre-se o risco de nada compreender sobre o trabalho genealógico realizado por Foucault.

pretexto da politicamente correta noção de empowerment o que ocorre de fato é uma responsabilização dos indivíduos e grupos com os cuidados em saúde; de tal maneira que o discurso do empoderamento parece bastante útil às políticas neoliberais alastradas no setor saúde. Stotz e Araújo (2004), por exemplo, lançam o seguinte questionamento: “O empowerment, cálice sagrado da promoção da saúde, não seria apenas um dos instrumentos da hegemonia do Banco Mundial face à soberania limitada dos estados nacionais na periferia do mundo capitalista em nossos dias?”.

Ora, na perspectiva hegemônica do Banco Mundial e da OMS, promover saúde nos países periféricos significa a criação de políticas voltadas para as classes mais pobres e os excluídos. O que resta dizer é que a participação desses segmentos através do empoderamento não implica na modificação das condições estruturais e sistêmicas propiciadoras de sua pobreza e exclusão, muito pelo contrário, parece legitimar “sob a ótica da equidade, a soberania limitada na periferia do sistema capitalista”²¹.

²¹ Trecho retirado de Stotz e Araújo , 2004.

Capítulo 3

Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico

Partimos da idéia de que o discurso da Promoção da Saúde é regulado, sobretudo, pela manutenção de um projeto bio-político de controle social dos corpos que, mediante determinadas práticas discursivas, funciona como um dispositivo de produção de indivíduos que se vejam como responsáveis por sua saúde e longevidade e pela gestão de seus riscos.

Para fundamentar esta proposição buscamos nos trabalhos de Foucault e Agamben as bases teórico-conceituais sobre as quais trabalharemos para compreender os pressupostos políticos do discurso da Promoção da Saúde. Sendo assim, neste capítulo, percorreremos um caminho que passa pela história do nascimento da noção de população e do surgimento da medicina social; aspectos que são fundamentais para compreender o conceito de *biopolítica*.

A emergência do dispositivo Disciplinar

A fim de compreender o nascimento da medicina social e a noção de biopolítica apresentaremos antes um breve percurso apoiados na análise do que Foucault chamou de Poder Disciplinar. Isto porque a passagem da Soberania para Disciplina se coloca como condição de possibilidade do surgimento da noção de população, da preocupação do Estado com a saúde dos cidadãos, da medicina social como resposta às epidemias e enfim, do que Foucault chamou de biopoder.

Para a Antiguidade Clássica a *Polis* era o valor fundamental. A sociedade era organizada hierarquicamente, cada um ocupava o lugar que correspondia à sua posição social. A noção de indivíduo como um valor social, como uma categoria moral, ainda não estava colocada nesta época. Raras eram as experiências de individualização no campo social (Dummont, 1985).

Figueiredo (1995) cita alguns destes raros exemplos como a figura dos cavaleiros e a dos foliões. Norbert Elias, por sua vez, é mais radical neste aspecto. Segundo ele, até o século XIII não existia sequer a palavra indivíduo. Para ele, o surgimento dos Estados-Nação foi a força motriz para o aparecimento das primeiras experiências de individualização no campo social e político. Os acontecimentos que ancorariam uma experiência de individualização no campo social e político, tal como começa a despontar no fim da Idade Média, remontam a criação dos Estados Modernos.

Com o projeto da Modernidade²² temos a constituição do indivíduo autônomo, igualitário, porém dotado de singularidades, de um foro íntimo, isto é, de uma interioridade. Foucault denomina este indivíduo autônomo de ‘indivíduo soberano regulado pela lei’. Nesta perspectiva, o indivíduo seria fonte de poder e não alvo deste como acontecerá num momento mais adiante.

Na teoria clássica da soberania o direito de vida e de morte era um atributo fundamental. Isso quer dizer que o soberano exercia sobre os seus súditos o poder de fazer morrer ou de deixar viver. O Soberano pode, portanto, tirar a vida das pessoas ou ainda submetê-las a terríveis suplícios em nome do acordo de lei entre seus súditos. Nas palavras de Foucault (1975):

(...) isto quer dizer no fundo que, em relação ao poder, o súdito não é de pleno direito, nem vivo nem morto. Ele é, do ponto de vista da vida e da morte, neutro, e é simplesmente por causa do soberano que o súdito tem direito de estar vivo ou tem direito, eventualmente, de estar morto. (...) O direito de vida e morte só se exerce de uma forma desequilibrada, e sempre do lado da morte. O efeito do poder soberano sobre a vida só se exerce a partir do momento em que o soberano pode matar (Foucault, 1999. Pág. 286).

O indivíduo soberano, este que surge no raiar da Modernidade, não é objeto de qualquer saber, ele se constituirá como fonte da legalidade, como sujeito autônomo. Para que o indivíduo se tornasse objeto de um saber, foi necessário, entretanto, a invenção de uma experiência de individualização que só se manifestará a partir do século XVII.

Essa passagem se deu devido a diversos fatores. Um deles apontava para o fato de que o poder soberano, como esquema organizador, estava se tornando inoperante para reger o corpo econômico e político de uma sociedade em via de explosão demográfica e de industrialização (Foucault, 1975).

Sendo assim, devido ao aumento da população, a invenção de novas técnicas, o aumento de pobres nas cidades e as novas relações de produção baseadas no trabalho contratual, surge a demanda por uma nova tecnologia de poder, que não mais se basearia na lei, mas sim no esquadramento e vigilância constante dos indivíduos. Surge o que Foucault chama de Poder Disciplinar, que resulta num apanhado de saberes que singularizam os indivíduos. Como consequência, para além do indivíduo autônomo, emerge a figura de um indivíduo que é controlado, que produz um saber sobre si mesmo e que é ordenado a partir de uma norma que o classificará como normal ou não.

Com isso, no lugar do antigo sujeito soberano, surge um sujeito disciplinado, objeto de saberes e intervenções políticas. O Estado, neste momento, passa a ter interesse pela vida dos

²² Nova forma de pensamento e de visão de mundo inaugurada no Renascimento e que se contrapõe à escolástica e ao espírito medieval, desenvolvendo-se nos sécs. XVI e XVII com Francis Bacon, Galileu e Descartes, dentre outros, até o Iluminismo do século XVIII, do qual é a principal expressão. Identificando-se com o racionalismo, especialmente com o espírito crítico e com as idéias de renovação e progresso, a Modernidade quer a libertação do indivíduo do obscurantismo e da ignorância através da difusão da ciência e da cultura em geral. (Cf. Japiassú, H.; Marcondes, D. *Dicionário Básico de Filosofia*). Veremos com mais detalhes no próximo capítulo.

cidadãos e esta preocupação com sua qualidade de vida constituiu a condição de possibilidade do surgimento dos saberes médicos e psicológicos.

A velha potência da morte que simbolizava o poder soberano passa a ser, cuidadosamente, recoberta pela administração dos corpos e pela gestão calculista da vida (Foucault, 1971). O antigo poder do soberano de “fazer morrer ou deixar viver” transforma-se no novo imperativo de “fazer viver e deixar morrer”. Foucault denominou este novo imperativo de *bio-poder*. Ao Estado então caberia não somente a gestão dos territórios administrativos (como no poder soberano), mas também a gestão das populações.

Sobre a biopolítica

O século XIX foi marcado pela assunção da vida pelo poder, isto é, pela tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, uma espécie de “estatização do biológico”, usando as palavras de Foucault.

Ao contrário de nós que possuímos apenas uma única palavra para nos referirmos a isto que chamamos de *vida*, os Gregos serviam-se de dois termos: *zôê* (que se referia ao simples fato de estar vivo, comum a todos os seres, sejam animais, homens ou Deuses) e *bios* (que indicava a maneira própria como viviam cada indivíduo ou grupo)²³. Sendo assim o termo *bios* se refere não a simples vida natural, mas a um modo particular e qualificado de vida.

No mundo clássico a *zôê*, isto é, a simples vida natural, estava excluída das preocupações da *polis*. Será somente no início da Modernidade que a vida natural passará a ser incluída nos mecanismos de poder do Estado e a política se transforma em *biopolítica*.

Portanto, a biopolítica introduz a vida natural do homem nos mecanismos e cálculos de poder, e a vida passa a ser parte da política e objeto de saber. Foucault diz: “o homem moderno é um animal em cuja política está em questão a sua vida de ser vivo”²⁴.

Foucault mostra que nos séculos precedentes (XVII e XVIII) surgiram novas técnicas de poder essencialmente centradas no corpo individual. Tais técnicas, como ele descreve, eram todos aqueles mecanismos que asseguravam a disposição espacial dos corpos – sua separação, seu alinhamento e sua vigilância. Com essas intervenções disciplinares visava-se aumentar a força útil dos corpos através do adestramento, do exercício, etc.

A toda essa tecnologia de poder ele deu o nome de ‘tecnologia disciplinar do trabalho’. Durante a segunda metade do século XVIII surge algo novo, uma tecnologia de poder um pouco diferente da disciplinar, mas que não exclui sua existência. Isto porque esta nova técnica não se opõe à disciplina, apenas a modifica parcialmente e não a sucumbe, pois atua em outro nível.

²³ Ver Agamben, 1998.

²⁴ Em Foucault, M. “*A Vontade de Saber*”.

Trata-se de uma nova tecnologia que não se dirigirá ao corpo individual, mas à multiplicidade dos homens, na medida em que estes constituem uma massa global, que se afeta por um conjunto de processos que são próprios da vida, tais como o nascimento, a morte, a doença, a reprodução, etc. Como explica Foucault:

Depois de uma primeira tomada de poder sobre o corpo que se fez consoante o modo de individualização, temos uma segunda tomada de poder que, por sua vez, não é individualizante, mas massificante, que se faz em direção não do homem-corpo, mas do homem-espécie. Depois da anatomo-política do corpo humano, instaurada no decorrer do século XVIII, vemos aparecer, no fim do mesmo século, algo que já não é uma anatomo-política do corpo humano, mas que eu chamaria de uma “biopolítica” da espécie humana (Foucault, 1999.Pag. 289).

A *biopolítica* lida, portanto, com a população. E mais ainda, com a população como um problema político, biológico, sanitário e de poder. A biopolítica leva em conta a vida, os processos biológicos do homem-espécie e busca assegurar sobre eles não uma disciplina, mas uma regulamentação.

Será, portanto, o conjunto de processos tais como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, a taxa de fecundidade de uma população, a longevidade, a taxa de reprodução que, na segunda metade do século XVIII, constituirá os primeiros objetos de saber e alvos de controle dessa biopolítica (Foucault, 1975).

A análise destes fenômenos põe a medicina como encarregada da higiene pública, auxiliada por organismos de coordenação dos tratamentos médicos, centralização da informação e normalização do saber, introduzindo na população o aprendizado da higiene e da medicalização. Estava instaurado o ‘poder médico’.

A partir deste momento, o poder é definido cada vez mais pela sua capacidade de intervir no sentido de fazer a população viver, e viver antecipando riscos, controlando acidentes e eventualidades. A morte, neste caso, seria então o limite deste poder. Seria, de certo modo, o resultado de uma ineficiência do poder quanto à arte de governar as populações. A morte se desloca, assim, para o âmbito privado, do lado que esse poder já não poderia mais alcançar.

Agamben retomará a questão levantada por Foucault e no livro “*O poder Soberano e a vida nua: homo sacer*” observa que o ingresso da *zôê* na esfera da polis, isto é, a politização da “vida nua”, constitui o acontecimento decisivo da Modernidade e marca uma transformação radical das categorias político-filosóficas do pensamento clássico (Agamben, 1998).

O Nascimento da Medicina Social

No texto “*O Nascimento da Medicina Social*” (Microfísica do Poder, 1979), Foucault discute a tese de que a medicina moderna científica que nasceu em fins do século XVIII, com o aparecimento da medicina anatomo-patológica, se constituiu como uma medicina social e não

individual. Ele desenvolve seus argumentos na direção de uma crítica a uma certa perspectiva que afirmava que a medicina moderna seria individual na medida em que estaria dirigida ao indivíduo e ligada à economia capitalista. Entretanto, Foucault pretende mostrar neste texto que, ao contrário, a medicina moderna seria de fato uma medicina social, pautada numa certa tecnologia do corpo social. Em outras palavras, para ele a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individual e valoriza a relação médico-doente.

Sua hipótese, portanto, é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas ao contrário, que o capitalismo na verdade socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção e de trabalho. Ainda segundo Foucault, o controle dos indivíduos não opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo. Para ele, foi no corpo, no somático, que antes de tudo investiu o capitalismo. Com o surgimento da medicina das epidemias²⁵, o corpo passou assim a ser uma realidade biopolítica, e a medicina uma estratégia biopolítica. (Foucault, 1979).

É neste texto de 1979 que Foucault descreve ainda três diferentes modelos históricos de formação da medicina social: a medicina de Estado, a medicina urbana e a medicina da força de trabalho. Vamos mencioná-las rapidamente neste capítulo, investigando algumas das transformações ocorridas no campo da medicina durante o século XVIII, que tornaram possível a emergência do tema da Saúde Coletiva; no sentido de buscarmos compreender o discurso da Promoção da Saúde em sua constituição histórica.

O que queremos mostrar então é que a análise de Foucault acerca do *bio-poder*, e posteriormente a de Agamben, oferecem elementos importantes para a compreensão dos pressupostos políticos do discurso da Promoção da Saúde, ao problematizar o cruzamento das técnicas de poder direcionadas ao indivíduo com aquelas direcionadas à totalidade da população.

A medicina de Estado se desenvolveu, sobretudo, na Alemanha, no começo do século XVIII. No contexto da política mercantilista (fim do século XVI e início do XVII), todas as nações européias se preocupavam com o estado de saúde de sua população do ponto de vista político, econômico e científico. O mercantilismo não consistia apenas numa teoria econômica, mas também numa prática política cuja atuação passava por aumentar a produção e a quantidade de população ativa, de modo a tornar viável o estabelecimento dos fluxos comerciais que possibilitassem a entrada da maior quantidade possível de moeda no Estado (Foucault, 1979).

Nesta perspectiva, países como a França e a Áustria começaram a calcular a força ativa de suas populações, através da contagem estatística de nascimento e mortalidade, por exemplo. Ou ainda como a Inglaterra, que a partir do século XVII, começa com as grandes contagens de população.

²⁵ A este respeito ver FOUCAULT, M. *O Nascimento da Clínica*.

Foucault ressalta que no caso dos países citados anteriormente a única preocupação sanitária do Estado foi o estabelecimento dessas tabelas de natalidade, mortalidade e índice de saúde da população, sem com isso realizar nenhuma intervenção efetiva ou sistematizada que buscasse melhorar sua condição de saúde. Será somente na Alemanha que se desenvolverá uma prática médica efetivamente voltada para a melhoria da qualidade de saúde da população. Sendo assim, entre 1750 e 1770, foram desenvolvidos neste país programas direcionados a este propósito, como por exemplo a criação de uma ‘polícia médica de Estado’ – posta em prática efetivamente no começo do século XIX- cuja finalidade era:

- Organizar um saber médico estatal, muito mais completo do que simplesmente a observação dos quadros de nascimento e mortalidade;
- Normalizar a profissão e prática médica;
- Integrar vários médicos em uma organização médica estatal.

Este conjunto de finalidades produz uma série de fenômenos inteiramente novos que caracterizam o que Foucault chamou de Medicina de Estado. Então, com exceção da medicina de Estado alemã, nenhum outro Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente coletivizada e estatizada. O que ele quis mostrar, portanto, é que, no caso da Alemanha, não se passou de uma medicina individual para uma medicina mais estatizada.

O segundo modelo de constituição da medicina social analisado por Foucault foi o caso da França, onde no final do século XVIII apareceu uma medicina social, que ao contrário da Alemanha, não tinha nenhum suporte na estrutura Estatal, mas num fenômeno inteiramente diferente: a urbanização. Em meados do século XVIII, uma cidade francesa não representava uma unidade territorial, mas uma multiplicidade de territórios heterogêneos. Na segunda metade deste mesmo século, a questão de unificar o poder urbano de forma coerente foi colocada, de maneira que se tornava necessário a existência de um poder único e bem regulamentado, tanto por razões econômicas quanto por motivos políticos. Por razões econômicas porque na medida em que a cidade se torna um importante lugar de mercado que unifica as relações comerciais, a multiplicidade de poderes se torna intolerável. Por outro lado, o desenvolvimento das cidades e o aumento de uma população operária pobre favoreciam o aparecimento de tensões políticas no interior das cidades, o que impunha a necessidade de um poder político para esquadrihar esta população urbana.

Foram todas estas transformações que fizeram nascer na França o que Foucault denominou “medo urbano”, característico desta inquietude político-sanitária que se forma à medida que se desenvolve o tecido urbano (Foucault, 1979). Para dominar esses fenômenos médicos e políticos que assombravam tão fortemente a população das cidades, em especial a burguesia, foram tomadas algumas medidas, como por exemplo o modelo da quarentena. O

esquema da quarentena foi o ideal político-médico da boa organização sanitária das cidades no século XVIII.

Diz Foucault:

a medicina urbana com seus métodos de vigilância (...) não é mais do que um aperfeiçoamento, na segunda metade do século XVIII, do esquema político-médico da quarentena que tinha sido realizado no final da Idade Média, nos séculos XVI e XVII. A higiene pública é uma variação sofisticada do tema da quarentena e é daí que provém a grande medicina urbana que aparece na segunda metade do século XVIII e se desenvolve, sobretudo, na França (Foucault, 1979. pág 89).

Essencialmente a medicina urbana consistia em três objetivos, sendo o primeiro analisar os lugares de acúmulo e aglomeração de tudo aquilo que no espaço urbano pudesse promover doença, isto é, lugares insalubres que favorecem a formação e difusão de epidemias e endemias. O segundo objetivo complementa o anterior na medida em que se compromete, então, em controlar a circulação de coisas ou elementos – especialmente água e ar - que possam provocar doenças. O ar passou a ser considerado com um dos grandes fatores patogênicos. Para manter sua qualidade em uma cidade onde o ar encontrava-se bloqueado, foi necessário abrir largas avenidas no espaço urbano.

Por fim, o terceiro objetivo diz respeito ao que Foucault chamou de “distribuições e seqüências”, que consistia em distribuir de maneira estratégica as fontes de água e os esgotos para evitar que as pessoas bebessem água de esgoto nas fontes onde buscavam água para beber. A desordem entre estes canais era responsável pelas principais epidemias na cidades (Foucault, 1979).

Assim, devido à medicina urbana a relação entre organismo e meio estreitou as fronteiras entre as ciências naturais e a medicina. Tal organização foi importante para constituição da medicina científica. A medicalização da cidade conjugou as práticas médicas com as ciências extra-médicas, tais como a química, posto que para analisar as condições do ar, a salubridade da água, as condições de vida e respiração da população foi preciso que medicina e química dialogassem.

Como relação a este processo Foucault aponta que:

A passagem para uma medicina científica não se deu através da medicina privada, individualista, através de um olhar médico mais atento ao indivíduo. A inserção da medicina no funcionamento geral do discurso e do saber científico se fez através da socialização da medicina, devido ao estabelecimento de uma medicina coletiva, social, urbana. A isso se deve a importância da medicina urbana” (Foucault, 1979. Pág. 92).

Vimos então que no processo de constituição de uma medicina social, primeiramente o Estado foi investido, em segundo lugar as cidades. Por fim, a terceira direção da medicina social apontada por Foucault deu-se na Inglaterra. O objeto desta medicina era a força de trabalho do operário. Neste caso, os pobres e os trabalhadores foram os alvos da medicalização.

No século XVIII os pobres não eram considerados como fonte de perigo médico. Pelo contrário, eram úteis para realização de determinadas tarefas cotidianas e faziam parte da instrumentalização da vida urbana. Foi somente no século XIX que o pobre apareceu como um perigo sanitário e político, provocando a divisão da cidade em bairros de ricos e de pobres, para que estes não se misturassem.

Foi justamente no país berço da Revolução Industrial que apareceu esta nova forma de medicina social ligada ao controle médico do pobre. Uma das estratégias deste modelo foi a chamada *Lei dos Pobres*. Foi essencialmente com a Lei dos Pobres que a medicina inglesa começou a se tornar social. Isto porque esta legislação comportava um controle médico dos pobres, que segundo Foucault, tinha o objetivo de tornar as classes pobres mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes ricas.

A medicina social inglesa, portanto, tornou possível articular três coisas: assistência médica aos pobres, controle de saúde da força de trabalho e esquadramento geral da saúde pública, o que permitia que os mais ricos se protegessem dos possíveis perigos. Este modelo de medicina social criou três sistemas médicos sobrepostos:

- 1) uma medicina assistencial destinada aos pobres;
- 2) uma medicina administrativa que cuidava de questões gerais tais como a vacinação e o controle das epidemias;
- 3) uma medicina privada reservada aos que podiam pagar por ela.

Vejamos o que Foucault escreve a respeito das diferentes modalidades de formação da medicina social:

Enquanto o sistema alemão da medicina Estado era pouco flexível e a medicina urbana francesa era um projeto geral de controle sem instrumento preciso de poder, o sistema inglês possibilitava a organização de uma medicina com faces e formas de poder diferentes segundo se tratasse da medicina assistencial, administrativa e privada, setores bem delimitados que permitiram, durante o final do século XIX e primeira metade do século XX, a existência de um esquadramento médico completo (Foucault, 1979. Pág. 97-98).

Promoção da Saúde e seu alcance biopolítico

À formulação segundo a qual o discurso da Promoção da Saúde é parte de um projeto bio-político de controle social dos corpos, cabe acrescentar que não se trata mais de falarmos em termos de uma “biopolítica disciplinar”, mas de uma biopolítica – como apontou Deleuze (1992) - que opera num registro de controle. No caso da saúde, de um controle mediante a gestão dos riscos.

Os desdobramentos contemporâneos dos conceitos de saúde e doença, que exploramos mais no capítulo anterior, merecem ser analisados cuidadosamente uma vez que os processos

contemporâneos de hibridização do homem com a tecnologia retratam o declínio da sociedade industrial com seus corpos disciplinados e dóceis (Santos, 2003). Os corpos contemporâneos, como aponta Santos (2003), “se tornaram inseridos não mais na esteira de produção, mas na rede digital. São assim projetáveis programáveis códigos e feixes de informação”.

No texto sobre as sociedades de controle, Deleuze (1992) chamou a atenção para esta mutação contemporânea do biopoder, cuja ação minimiza a intervenção diretamente sobre o corpo para voltar-se sobre as pré-disposições, de tal maneira que o biopoder transborda os próprios limites do biológico e se propaga através do imperativo da saúde.

A este respeito Santos (2003) argumenta que;

O imperativo da saúde instaura a predominância da terapêutica moral em que a matriz estratégica não mais busca a integração da intervenção médica, mas a integralidade das ações de saúde, inclusive qualificando a vida. Minimizam-se ou maximizam-se processos de gestão de si, combinados e inscritos na predisposição genética (códigos de informação) e inseridos não mais nos modos de viver, mas em estilos de vida gerenciados pelo ideal dos corpos saudáveis identificáveis com a leveza e a velocidade da luz (Santos, 2003. In: Arouca, 2003. Pág. 206).

O biopoder intervém no “como” da vida, isto é, na maneira como as pessoas devem viver, cuidar de si, buscando aumentar sua expectativa de vida ‘controlando seus riscos’ - na linguagem contemporânea. E o elemento que se encontra na interface entre o disciplinar e o regulamentador é a ‘norma’. Esta constitui uma síntese capaz de ser aplicada simultaneamente ao corpo individual e à diversidade populacional, possibilitando um controle único que captura a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos de uma multiplicidade. A norma, portanto, se constitui como um modo de reprodução do biopoder.

Canguilhem (2002) no texto “O normal e o Patológico”, a respeito da definição de norma, diz que “uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, por de pé, endireitar. Normar, normalizar é impor uma exigência a uma existência”²⁶. É nesse sentido que, através da elaboração de um verdadeiro “manual” sobre o viver saudável, o discurso promocional acaba contribuindo com uma forma sutil de vigilância e de regulação social na mesma direção da análise biopolítica proposta por Foucault; com a diferença que se desloca a estratégia de coerção realizada diretamente sobre o indivíduo ou populações, para estratégias sanitárias baseadas no cálculo abstrato dos riscos que visa antecipar e prevenir a emergência de doenças. Para evitar a ocorrência de possíveis doenças, portanto, deve-se eliminar todo e qualquer comportamento anormal e desviante. Dessa maneira, as novas tecnologias de promoção de saúde contribuem para a regulação do corpo biossocial.

Em nome da erradicação absoluta dos riscos, o ambiente é esquadrihado em suas dimensões físicas, psíquicas e sociais, ampliando o espaço de monitoramento e controle das ações. Através do cálculo de probabilidades, os *experts* das políticas de prevenção compõem seu

²⁶ Ver Canguilhem, 2002. Pág. 211.

“quadro de riscos”, e separam as zonas de normalidade e comportamentos saudáveis, das áreas sombrias e desertoras.

Há, contudo, uma aparente dissolução da fronteira entre saudáveis e enfermos, tendo em vista que a maior parte de nossas ações são consideradas como fontes potenciais de risco, sendo assim, tanto sadios quanto doentes devem se lançar obcecadamente no controle de seus comportamentos.

A este respeito Carvalho (2004) apresenta a seguinte citação de Castel²⁷:

(...) virtualmente todas as facetas da vida passam a ser afetadas pelas políticas governamentais que procuram facilitar as opções saudáveis e dificultar as escolhas que trazem dano à saúde individual e coletiva. Dessa maneira tecnologias de promoção podem contribuir para a regulação do corpo biossocial e para o fortalecimento da hegemonia neoliberal (Castel, 1991. *Apud* Carvalho, 2004).

Introduzindo na mentalidade dos indivíduos – inicialmente mediante o controle familiar - noções médicas de auto-cuidado, de uma boa higiene, de uma saúde ideal que se adquire tendo hábitos saudáveis, a medicina passa a regular o corpo social enquanto conjunto populacional. Isto é, o controle social dos corpos individuais permite a manutenção do cuidado com a saúde da população de uma maneira geral. De tal forma que as políticas públicas atuais apostam no cuidado autônomo com a saúde.

De fato, como sinaliza Ortega (2008), ganhamos mais autonomia, mas em todo caso trata-se de uma autonomia para nos vigiarmos, temos a liberdade de nos tornarmos experts de nós mesmos, da nossa saúde, do nosso corpo – esta é, portanto, a dimensão em que podemos entender a Promoção e seu alcance biopolítico.

²⁷ Referência original - Castel R. *From dangerousness to risk*,. In G Burchell, C Gordon & P Miller (eds.). *The Foucault Effect: studies in Governmentality*. Harvester-Wheatsheaf, Londres, 1991. Pág. 281-298. Trecho retirado de Carvalho, 2004.

Capítulo 4

Liberdade e Autonomia : O projeto da Modernidade

Neste capítulo pretendemos delinear algumas características que marcaram o projeto da Modernidade, o surgimento da noção de indivíduo como um valor central e como uma categoria moral, tomando como referências, sobretudo, o trabalho de Norbert Elias.

Em seguida discutiremos sobre o tema da liberdade retomando algumas concepções advindas do campo da Filosofia, importantes para pensar a problemática da autonomia. Faremos esta contextualização com o propósito de elaborar uma referência conceitual mais clara para dar suporte ao que discutiremos no capítulo seguinte que trata dos desdobramentos da noção de “autonomia” em temas pertinentes ao campo da saúde.

O debate intelectual travado pelos primeiros filósofos iluministas buscou marcar uma oposição entre tradição de um lado, e modernidade de outro, como duas concepções distintas sobre a natureza do homem, seu meio social, e as fontes de seu conhecimento.

Com o declínio do poder medieval no decorrer do século XIV lentamente surgiram novas forças que compunham os substratos do mundo moderno. Socialmente, a estrutura feudal da sociedade medieval já não se sustentava mais. No campo político, aos poucos se desenvolveram novos conceitos acerca da autoridade, e o poder hereditário dos soberanos diminuiu cada vez mais. Michel Foucault se dedicou bastante ao estudo desta questão, quando trata da passagem da soberania para o poder disciplinar, que exploramos um pouco no capítulo anterior.

Para descrever resumidamente os contornos que caracterizaram a passagem para a Modernidade, podemos elencar quatro grandes movimentos que marcaram o período de transição que se estende do declínio da Idade Média até o estopim de progresso do século XVII.

Em primeiro lugar certamente devemos citar o Renascimento italiano dos séculos XV e XVI. Neste período observa-se nas artes e nas ciências um renascer do interesse pela cultura secular dos antigos, que pontua a ruptura com as tradições clericais da Idade Média.

Para o homem medieval, o mundo era um lugar estático, finito e bem organizado. Todas as coisas tinham sua função definida, as estrelas seguiam seu curso natural, e o homem vivia na condição que nasceu. Esse quadro tão uniformizado foi aos poucos desconstruído pelo Renascimento. Por um lado desenvolve-se uma grande confiança no poder e na criatividade do homem, que passa a assumir o centro do mundo. Mas simultaneamente, a posição do homem no universo se torna menos previsível e passível de dominação, pois a infinitude e a imensidão das possibilidades começou a afligir a imaginação dos filósofos.

Naturalmente o Renascimento não começou como um súbito despertar, num amanhecer absolutamente diferente da noite que findara. A história não é dividida por linhas tão nítidas, e não muda do entardecer ao amanhecer seguinte. Contudo, distinções desse tipo são bastante úteis se tratadas com a devida ressalva. Assim, é legítimo falar de um Renascimento Italiano que marca certas diferenças entre o passado medieval e o início do período moderno.

Em segundo lugar, o Humanismo como desdobramento do Renascimento foi uma destas grandes e novas influências que marcaram essa transição. Os humanistas iniciaram uma série de críticas às práticas do governo da Igreja. A Reforma Protestante foi o terceiro grande movimento desta transição. A partir da Reforma, o cristianismo ocidental dividiu-se.

O quarto importante desdobramento surge diretamente da retomada dos estudos empíricos. Durante os dois séculos seguintes houve grandes avanços no campo científico. A partir do século XVII, as ciências físicas e matemáticas avançaram rapidamente e ao promoverem um grande desenvolvimento técnico, asseguraram a posição dominante do Ocidente. A tradição científica, além de conferir benefícios materiais, se tornou a grande promotora do pensamento independente.

O Renascimento e o movimento humanista definiriam o clima intelectual em que a ciência moderna começou a se desenvolver, provocando um retorno à antiga perspectiva de Pitágoras e Platão de que o mundo seria construído segundo um padrão matemático (Russell, 2003). A compreensão da estrutura numérica das coisas conferiu ao homem novos poderes sobre seu ambiente. Isso fica muito evidente na teoria e prática da arquitetura renascentista; assim como nas obras de artes que retratavam o corpo humano com proporções perfeitas. Outras grandes descobertas aconteceram no século XVII, como as pesquisas de Galileu e as teorias formuladas por Issac Newton.

Muitas destas transformações se estenderam, num contexto mais amplo, no momento histórico que ficou conhecido como Iluminismo, que é considerado como um dos grandes marcos da Modernidade. Frequentemente datado no início do século XVIII pela maioria dos acadêmicos, o Iluminismo foi um importante momento histórico marcado por diversas tradições filosóficas, correntes intelectuais e atitudes religiosas que enfatizavam as idéias de [progresso](#) , perfeição humana e a defesa do conhecimento racional como meio para a superação de preconceitos e ideologias tradicionais.

Kant (1784) definiu o projeto iluminista de maneira bastante eloquente em seu famoso texto *“Resposta à pergunta: O que é o Iluminismo?”*, no qual logo no primeiro parágrafo ele afirma:

Iluminismo é a saída do homem da sua menoridade de que ele próprio é culpado. A menoridade é a incapacidade de se servir o entendimento sem a orientação de outrem. Tal menoridade é por culpa própria, se a sua causa não residir na carência de entendimento, mas na falta de decisão e de coragem em se servir de si mesmo, sem a guia de outrem.

Sapere aude! Tem a coragem de te servires do teu próprio entendimento! Eis a palavra de ordem do Iluminismo (Kant, 1784).

A maioria a que Kant se refere é para ser pensada como a idéia de autonomia a partir da qual o homem passa a definir-se por si mesmo, que ao ser alcançada marcaria o início dos progressos e conquistas da razão humana. Para Kant a autonomia da razão permitiria, em última instância, a conquista da liberdade. A ação livre seria, portanto, aquela que está em conformidade com uma autonomia previamente conquistada.

O pensamento kantiano lança ainda mais força na maneira veemente com que o homem iluminista se movia em direção ao conhecimento. Para os pensadores desta época, o homem iluminado, por ser essencialmente racional se destaca da natureza como algo diferente dela e, mais ainda, como um ser que não está subordinado as suas leis. Essa diferença é por fim declarada como uma superioridade do homem que passa a lançar seu domínio sobre a natureza.

Os pensadores iluministas²⁸ tinham como ideal a extensão dos princípios do conhecimento crítico a todos os campos do mundo humano. A maior parte destes associava ainda o ideal de conhecimento crítico à tarefa do melhoramento do estado e da sociedade. Desta maneira, o Iluminismo influenciou fortemente a vida política e intelectual da maior parte dos países ocidentais. Esta época foi ainda marcada por transformações políticas tais como a criação e consolidação dos Estados-Nação, a expansão de direitos civis, e a redução da influência de instituições hierárquicas como a nobreza e a igreja; inaugurando toda reflexão em torno da noção de autonomia. A palavra autonomia provém do grego *autonomous* (*auto* + *nomos* : “costume, lei”), que significa então “independente”. Ser autônomo é fazer a lei para si mesmo, agentes autônomos são agentes auto-governáveis (Buss, 2002).

A individualização no processo social

Uma das características marcantes daquilo que se chama Modernidade, é no caso das Artes, da Ciência e da Filosofia, a busca da *autonomia*, isto é, o definir-se a partir de suas questões lógicas próprias, internas, e não pela sua submissão ao poder teológico, ou político, ou ao poder eclesiástico, ou ainda ao poder estatal (Chauí, 2000).

Durante muitos séculos a Humanidade se desenvolveu sob o regime “heterônomo”, isto é, os homens viviam subordinados às forças e decisões divinas. Sendo a sociedade marcada por uma estruturação religiosa, portanto. A partir do século XVI, o homem passou a viver a experiência da “autonomia”. Os processo físicos, especialmente, foram perdendo seu caráter de poderes misteriosos ligados às forças divinas e sobrenaturais que atuavam irremediavelmente na

²⁸ Podemos citar como importantes filósofos iluministas o inglês John Locke, o francês Montesquieu, e também Espinosa, Kant, Voltaire, Benjamin Franklin, Rousseau, dentre outros.

vida das pessoas. Em vez deles, as pessoas passaram cada vez mais a sentirem-se detentoras do poder de decifrar os enigmas da natureza e de manipulá-los de acordo com seus próprios fins.

Essa transição de um modo de pensar e se relacionar hierarquicamente com o mundo para um modo de pensar mais autônomo, - sobretudo quanto à compreensão dos fenômenos naturais – está intimamente relacionada ao avanço do processo de individualização nos séculos XV, XVI e XVII na Europa (Elias, 1994).

Como vimos anteriormente, as sociedades européias a partir do Renascimento atingiram um diferente nível de autoconsciência, tornando-se cada vez mais capazes de “se olharem à distância”. Para Elias (1994), esta auto-consciência revela-se como novo patamar atingido pelas sociedades ocidentais, e que evoluiu através de um certo processo, juntamente com o contexto social mais amplo.

Nas sociedades mais simples, as pessoas – ainda que tivessem consciência da sua existência e da existência dos outros - não tinham acesso à forma de experiência e ao universo de idéias que lhes permitissem perceberem-se como algo distinto e independente de seu grupo; e em certo sentido até mesmo opostas ao seu grupo. Não são “individualizadas”, no sentido em que se pode aplicar esta palavra a partir da Modernidade para as pessoas das sociedades mais complexas.

O processo de aquisição do conhecimento, o aumento progressivo do saber sobre os fenômenos naturais, a aproximação cada vez mais estreita entre as idéias, as ações humanas e a observação crítica, constituem elementos importantes no processo de individualização.

Através de um estudo mais detalhado desse processo, poderemos entender com maior clareza como a ascensão desta nova forma de auto-consciência esteve ligada à formação dos Estados, ao aumento vertiginoso da comercialização e à ascensão das classes aristocráticas e posteriormente da burguesia urbana.

Atualmente, o sentido de ‘indivíduo’ expressa a idéia de um ser autônomo e que em certo sentido se difere dos demais, possui singularidades perante a massa de pessoas que compõem a sociedade. A forma automática como este termo é utilizado nas sociedades mais desenvolvidas de nossa época para expressar a primazia da ‘identidade-eu’ nos leva a supor, erroneamente, que essa ênfase seja a mesma nas demais sociedades, em todos os estágios de desenvolvimento, e também que existiam conceitos equivalentes em todas as épocas e línguas. Mas este não é o caso.

Tal noção não é um dado *a priori*, isto é, todo ser humano é um indivíduo por natureza, desde sempre e universalmente. Ao contrário, este conceito possui uma história, seu surgimento se deu mediante um lento e contínuo processo que envolveu diversas transformações no âmbito

das práticas sociais, e que possui uma data de origem, que a maioria dos autores²⁹ dedicados a esta temática localizam na Modernidade.

Portanto, vamos esboçar muito rapidamente sua gênese e as condições de sua utilização. Como diversas outras palavras de origem latina, os termos ‘individual’ e ‘social’ possuem correspondentes em todas as línguas européias, que remontam a uma raiz comum nas sociedades medievais caracterizadas por uma camada de sacerdotes razoavelmente eruditos que falavam e escreviam um tipo especial de latim (Elias, 1994).

No estágio das repúblicas ateniense e romana da Antiguidade, por exemplo, o sentimento de pertencer a uma família, a uma tribo e ao Estado, desempenhava um papel inalienável na imagem do homem; além disso o grupo tinha uma função protetora indispensável para garantir a segurança de todos contra as adversidades (Elias, 1994). Isto é, a hipótese de uma pessoa viver isolada, sem pertencer a um grupo, despojada de uma referência ao ‘nós’, não seria possível na práxis social do mundo antigo.

Conseqüentemente, não havia nenhuma referência nas línguas antigas que remetesse ao conceito de “indivíduo”. Não existia tal equivalente, pois não fazia sentido, não era necessário qualquer conceito relativo à pessoa isolada para se referir a uma identidade-eu que fosse outra que não a identidade-nós.

Evidentemente que os antigos romanos sabiam que existia uma diferença entre as pessoas, que cada um possuía suas peculiaridades. As diferenças de comportamento, dons e experiências entre si existiam, sem dúvidas, nas mais simples comunidades humanas. Entretanto, não havia necessidade de um conceito que fizesse a síntese de que toda pessoa, não importando o grupo a qual pertencesse, era independente e diferente dos demais, conferindo um alto valor a essa singularidade.

Muitas de nossas atuais ferramentas lingüísticas, sobretudo o grupo de conceitos referentes ao substantivo ‘indivíduo’, datam de época relativamente recente. No latim medieval, as palavras *individualis* ou *individuus* eram utilizadas para se referir àquilo que fosse indivisível. Elias acredita que o emprego de tais palavras como símbolos de unidades indivisíveis se ligou a uma outra ocorrência, na comunicação entre os eruditos letrados da Igreja Medieval, que acabou estabelecendo uma possível ponte para o desenvolvimento do conceito mais recente de ‘indivíduo’ (Elias, 1994).

É curioso notar que o termo medieval *individuum*, porém, não se referia somente aos seres humanos. Os filósofos da Igreja constataram nesta época que, de uma certa maneira, tudo que existe no mundo é único, portanto, um indivíduo neste sentido da unidade. A maçã que brotava na árvore no alto daquela colina era única, o pássaro que cantarolava todas as manhãs era

²⁹ Dentre eles Luis Dummont, Vernant, Norbert Elias, Michel Foucault, Richard Sennett, que são basicamente os autores utilizados como referências neste estudo.

único, aquela borboleta pousada logo ali também era única e igual a ela naquele mesmo momento não exista mais nenhuma. Cada pinheiro, cada pedra, cada animal era único, enfim, perceberam que cada entidade singular tem sua própria história individual e suas especificidades. Os filósofos escolásticos “reconheceram a singularidade do caso isolado numa espécie e cunharam uma palavra para designá-lo”³⁰.

A referência exclusiva aos seres humanos foi uma ocorrência do século XVII. Então, a pergunta é: De que maneira o reconhecimento da singularidade de todos os casos especiais, representado pelo conceito escolástico de *individuum*, se estreitou ainda mais até referir-se apenas à singularidade dos seres humanos?

Tomando como referência ainda o trabalho de Norbert Elias, veremos que isso aconteceu com o progresso do desenvolvimento social a tal ponto que as pessoas passaram a sentir maior necessidade em compartilhar e se referir às suas experiências singulares, e também à singularidade de cada pessoa com as quais conviviam.

Para Elias, o Renascimento foi um período em que, para os países europeus mais desenvolvidos, as pessoas puderam mais do que nunca ascender de suas comunidades tradicionais para posições relativamente mais elevadas, como por exemplo os comerciantes e artistas, que passaram a ter mais oportunidades de progresso individual.

Como fenômeno social e individual, essa experiência fazia parte da mudança geral em curso em cujo processo um número crescente de pessoas começou a se desligar das comunidades pequenas estritamente ligadas, e se dispersaram em grupos maiores formando sociedades mais complexas e, por fim, constituindo os Estados nacionais em que acabam mantendo uma distância maior ainda entre as pessoas.

O processo de individualização é, portanto, inseparável de outros processos mais amplos como a crescente diferenciação das funções sociais e o controle autônomo em relação às forças da natureza. No curso desse processo, cada pessoa passou a ter mais consciência da sua diferença em relação aos demais e a valorizá-la, de tal forma que o indivíduo passou a buscar o sentido da realização pessoal. Nas sociedades industrializadas este valor individual resulta numa constante luta competitiva e na crescente busca de investir nas qualidades individuais, nos ganhos e potencialidades que levem o indivíduo a gozar sozinho de suas realizações pessoais. Desde jovem o indivíduo passa a ter que escolher, dentre as possibilidades disponíveis, a profissão e o rumo que deseja dar a sua vida.

No decorrer do percurso de individualização, cada vez mais funções relativas à proteção e ao controle do indivíduo, anteriormente exercida pelos pequenos grupos, tribos, feudos, paróquias, passaram a ser assumidas pelo Estado altamente centralizado e em vias de urbanização. E à medida que o espaço urbano foi se alastrando, tanto mais as pessoas se

³⁰ A este respeito ver Elias, 1994. Pág. 133.

desligaram de suas vidas nos pequenos vilarejos, onde as relações eram mais próximas e familiares.

O plano de integração de um Estado passou a ser também, em certos aspectos, uma unidade de sobrevivência. Uma das funções do Estado era proteger o indivíduo da violência de outras pessoas de dentro e de fora do território nacional. De um lado temos o avanço da individualização, mas de outro temos na criação dos Estados-Nação a manutenção que assegura uma identidade-nós capaz de engajar cada indivíduo isolado num grupo-nós da nação. Assim sendo que isto que chamamos nacionalidade configurou-se como uma das grandes narrativas da Modernidade.

Esta característica do Estado ser uma unidade de sobrevivência, no decorrer do século XX perdeu muito de sua função. E paralelamente a isso, a pressão do desenvolvimento técnico e econômico e a competição internacional vêm forçando a integração humana a ultrapassar o estágio de Estados Nacionais, rumo à formação de Estados Globalizados.³¹

A definição empregada por Elias (1994) do termo individualidade é a seguinte:

O que chamamos “individualidade” de uma pessoa, é antes de mais nada, uma peculiaridade de suas funções psíquicas, uma qualidade estrutural de sua auto-regulação em relação a outras pessoa e coisas. “Individualidade” é uma expressão que se refere à maneira e à medida especiais em que a qualidade estrutural do controle psíquico de uma pessoa difere da de outra (Elias, 1994. Pág. 54).

A idéia de individualidade carrega sentidos diversos, e por vezes leva a equívocos quanto a sua apreensão em diferentes contextos. O conceito de Elias que vimos acima, por exemplo, diz respeito ao processo resultante da atmosfera iluminista, em que os homens alcançaram certo grau de autonomia e passaram a ocupar posições independentes na sociedade, orientando suas vidas a partir da razão individual e do juízo próprio. Refere-se então a um movimento de extrema importância para o desenvolvimento humano, em que cada pessoa isolada se percebe como capaz de realizar suas aspirações, seus projetos sem estar submetido ao conjunto de regras tribais, paroquiais, feudais.

Outro sentido encontramos na variação “individualismo”, que se refere à imagem de indivíduos implacáveis, propensos a fazer de tudo e enriquecer a todo custo, mesmo que em nome do prejuízo de outrem ou do grupo ao qual pertencem.

O problema parece ser, então, quando se compreende o individualismo a partir de uma idéia de que o ser humano individual, com todas as peculiaridades que o distingue dos demais, representa uma unidade absolutamente independente com relação ao restante da natureza e dos demais seres. Elias explica, de saída, que a individualidade não é uma “essência”, não faz parte da natureza humana. Isto quer dizer que, ao contrário do que se imagina, para se constituir como

³¹ Não entraremos propositalmente na discussão aprofundada do processo de Globalização e suas conseqüências – tema que tem sido amplamente discutido por diversos autores - pois nos faria desviar demasiadamente de nosso objetivo para o momento.

“indivíduo” o homem necessita obrigatoriamente do convívio com outros seres humanos. Elias diz que:

Somente através do processo social de moldagem, no contexto de características sociais específicas, é que a pessoa desenvolve as características e estilos comportamentais que a distinguem de todos os demais membros de sua sociedade. A sociedade não apenas produz o semelhante e o típico, mas também o individual (Elias, 1994. Pág. 56).

Sendo assim o laço social se constitui exatamente na medida em que os homens podem ajustar-se uns aos outros, dentro de suas redes de relações, ao mesmo tempo em que há espaço para se desenvolverem como indivíduos em termos da expressão de suas singularidades. O indivíduo, neste sentido, só pode ser pensado em termos de sua vida em comum com os outros, sua estrutura e seu auto-controle comportamental dependem da estrutura das relações entre os demais indivíduos. “Cada pessoa só é capaz de dizer *eu* se e porque pode dizer *nós*”, afirma Elias (1994, pág. 57).

Em todo caso, a respeito da definição do que seria por fim uma sociedade autônoma, Bauman (2000) vai dizer que algumas sociedades são conscientes do grau de sua autonomia, e outras institucionalizaram esta consciência no funcionamento cotidiano da sociedade. De tal forma que ser conscientemente autônomo, segundo ele, significa ter consciência de que as instituições da sociedade poderiam ser diferentes, até mesmo melhores, de modo que nenhuma delas podem se colocar como imunes a uma análise crítica, a reavaliação. Ou seja, ser autônomo neste sentido é estar consciente da perpétua historicidade social. Em suas palavras,

Significa refutação do mito da clausura, mas também uma teimosia recusa a se deixar enclausurar, agora ou nunca, seja pelo sagrado (...) ou por um padrão ideal de sociedade perfeita que, alcançado, justificaria o fim do auto-exame e da reforma. Uma sociedade verdadeiramente autônoma só pode existir segundo o seu próprio projeto, isto é, como uma sociedade que admite uma liberdade de auto-crítica, questionamento e reforma cada vez maior, mas do que um dado padrão de felicidade, como seu único propósito e razão de ser (Bauman, 2000. Pág. 87).

Neste sentido, compreendemos que a autonomia não é somente uma condição filosófico-existencial, mas antes de tudo uma questão política. Toda esta discussão que levantamos nos ajuda a pensar sobre a idéia de autonomia e de liberdade, que são centrais ao projeto moderno iluminista.

Alguns autores como Marcel Gauchet e Dany Dufour, mostram que na pós-modernidade não estamos lidando mais com esta forma de individualismo moderno, mas com uma forma pós-individualista, que caracterizaremos melhor no quinto capítulo.

Nesta perspectiva Dufour (2008) afirma que no fundo o projeto moderno não se realizou como se esperava, posto que para ele nem mesmo nos tornamos de fato “indivíduos” na acepção legítima do termo; ao contrário levamos às últimas conseqüências o sentido ligado ao “cada um por si” nos tornando na verdade “egoístas”.

Veremos adiante com mais detalhes a proposição do autor, quando analisarmos a problemática de um sujeito³² que se funda a partir de uma alteridade, portanto no laço social, versus à emergência de uma outra perspectiva de sujeito que gira em torno exclusivamente do “eu”.

Todo interesse por esta temática e o tempo que dedicamos a ela se justifica, pois apostamos que o campo da saúde é uma das áreas onde tais sintomas contemporâneos aparecem de forma bastante vigorosa, onde o discurso da Promoção da Saúde participa da produção deste “novo sujeito”, desinteressado das questões coletivas e preocupado em cuidar de seu corpo, de sua saúde, de gerir os seus riscos individualmente.

As bênçãos mistas da Liberdade

Se para iniciar o debate sobre o problema da Liberdade quiséssemos propor uma definição suficientemente abrangente que se aplicasse a todas as formas de liberdade possíveis, veríamos que dificilmente encontraríamos tal formulação. Alguns poderiam pensar em formular a sentença a partir de uma definição negativa, do tipo: a liberdade é a ausência de opressão. Mas ainda assim esta definição não seria de todo modo satisfatória para, efetivamente, expressar o que é a experiência da liberdade.

Diante disso, adotaremos neste trabalho a posição de falar então de liberdades, no plural. Pois, há tantas liberdades quantas opressões que buscamos nos libertar. Por exemplo, Huisman e Vergez (1982) distinguem seis sentidos bem diferentes para a liberdade. São eles:

- (1) Liberdade Física: Trata-se, por exemplo, de um corpo que cai em queda livre, isto é, independente de todas as forças ou interferências, que não a da gravidade.
- (2) Liberdade Econômica: Que no domínio econômico diz respeito ao livre comércio sem restrições aduaneiras, ou ainda refere-se ao “liberalismo” como uma ideologia na qual o Estado não intervém na economia.
- (3) Liberdade Cívica: Referente à possibilidade de cada cidadão decidir sobre quem deseja escolher como seu representante (direito de voto).
- (4) Liberdade Política: Que diz respeito à liberdade de expressão, organização política, escolha partidária, realizar reuniões. Trata-se da liberdade, portanto, que pode ser exercida nas democracias. Seria o oposto de viver sobre o regime totalitário.
- (5) Liberdade Psicológica: Trata-se da possibilidade de escolher fazer isso ou aquilo, desejar tal ou qual, ter vontade de, gostar disso e não daquilo.
- (6) Liberdade Moral: Diz respeito à capacidade de agir por meio de um juízo de valor.

³² Utilizamos aqui o termo sujeito no sentido da produção subjetiva do indivíduo.

Como podemos ver existem diversos campos nos quais o homem pode viver a experiência da liberdade. Falar numa liberdade absoluta, nesta perspectiva, seria um engano, uma vez que uma pessoa pode exercer a liberdade sobre a escolha com quem deseja se casar, mas ser impossibilitada de decidir sobre quem será o presidente de seu país. Ou ainda, pode ser livre para decidir sobre que atitude tomar numa dada situação, mas nada pode fazer diante de um corpo que cai do sétimo andar, pois ele simplesmente cairá independente da vontade de qualquer pessoa.

Muitos filósofos se debruçaram sobre o tema da liberdade, e são diversas as proposições e concepções sobre este termo. Não há uma definição consensual do conceito de liberdade. Toda formulação parece não conter tudo que a liberdade significa, por se tratar de um conceito tão diametralmente abrangente. A liberdade é, na verdade, mais que um conceito; ela é uma questão filosófica.

Não é objetivo deste trabalho analisar na história do pensamento ocidental todas as concepções filosóficas possíveis de liberdade. Resumindo a partir da argumentação de Chauí (1998) ela diz que, na verdade, tirando os filósofos que apostaram numa liberdade como poder absoluto – como fez Sartre e os existencialistas -, os demais filósofos em geral levavam em conta as tensões entre nossa liberdade e as condições naturais, culturais, sociais, históricas e psíquicas que nos determinam. Reconhecem que o mundo em que vivemos, nosso presente, formam um campo de circunstâncias e condições no interior das quais vivemos e nos movimentamos, que não foram escolhidas nem determinadas pela escolha individual de ninguém.

Contudo, ela retifica que a liberdade não é nem a sensação de “tudo posso”, mas por outro lado não devemos cair num conformismo do “nada pode ser diferente”. Para a autora a liberdade, encontra-se “na disposição para interpretar e decifrar os vetores do campo presente como possibilidades objetivas, isto é, como aberturas de novas direções e de novos sentidos a partir do que está dado” (Chauí, 1998. Pág. 363).

No mito bíblico de origem, a história humana começa com um ato de escolha imersa numa visão religiosa que ressalta a natureza pecaminosa do primeiro ato de liberdade e o sofrimento dele resultante (Fromm, 1983). O homem e a mulher viviam harmoniosamente entre si e com a Natureza no Jardim do Éden. A paz reinava, não era necessário trabalhar nem lutar pela sobrevivência. Entretanto, no paraíso existia uma árvore cujo fruto Deus proibira o homem de experimentar.

Adão comeu a maçã! Do ponto de vista da Igreja um ato pecaminoso. Do ponto de vista do homem isso representa o início da liberdade, experiência ontológica com a qual o homem teria que começar a lidar, com todas as contradições dela decorrentes. No mito o pecado está em seu aspecto formal ligado à desobediência das regras divinas; em seu aspecto material (Fromm, 1983) retrata o ato de comer o fruto da árvore da sabedoria: o ato de desobediência representa um ato de liberdade que marca o nascimento da razão.

Como consequência, Deus proclama guerra entre a natureza e o homem. O mito fala de diversas consequências deste ato desobediente, que não entraremos em detalhes. Nos interessa a metáfora para pensar que ao transcender a Natureza, o homem se vê só e livre, potente de um lado, e temeroso por outro. Ele encontra-se livre da “doce” prisão em que estava condenado no paraíso, porém não está totalmente livre para governar a si mesmo e exercer a potencialidade máxima de sua individualidade. A recém liberdade conquistada arrebatá-lo como uma maldição.

E do mito reteremos a pergunta: Mas afinal, a liberdade é uma benção ou uma maldição? “Uma maldição disfarçada de benção, ou uma benção disfarçada de maldição?” Interroga Bauman ao iniciar sua discussão a respeito da Emancipação, no livro *Modernidade Líquida*. Essas questões inquietavam diversos pensadores ao longo de toda a era moderna, que inaugurou a questão da liberdade como um valor supremo e a “libertação” como ponto principal na agenda da reforma política.

A história política da Modernidade pode ser interpretada como uma busca incessante pelo equilíbrio adequado entre duas condições: liberdade e segurança. Dois aspectos da condição humana que são simultaneamente contraditórios e complementares. Nesta parte do texto discutiremos, então, sobre a relação entre autonomia e controle / liberdade e segurança, apresentando a visão de alguns autores, a fim de refletir sobre os paradoxos da liberdade.

La Boétie (1997), por exemplo, em sua importante obra o “*Discurso da Servidão Voluntária*” publicada a primeira vez em 1571, já argumentava ser possível que as pessoas poderiam simplesmente não desejar ser livres e até rejeitarem a liberdade pelas dificuldades que seu exercício pode acarretar. No texto ele indaga como seria possível cidades inteiras, nações inteiras se submeterem à vontade de uma só pessoa. Como um único tirano consegue poder para subordinar todos os outros? Quem lhe confere esta autoridade? E responde: o próprio povo, que ávido por possuir riqueza, sedento pelo desejo de propriedade, abdica da liberdade em troca da posse de bens, que por sua vez escraviza uns aos outros e submetem-nos à vontade dos mais tiranos (Chauí, 1998).

Kant (1784) ao discutir sobre a questão da liberdade de pensamento no texto “*Resposta à pergunta o que é o Iluminismo?*” diz que o homem é o próprio culpado de sua dominação, pois é mais cômodo ter alguém para pensar em nosso nome. Ele argumenta que se temos um diretor espiritual para ter consciência moral por nós, um médico que decida sobre nossa dieta, alguém que compreenda um livro por nós, então não precisamos nós mesmos nos esforçarmos e assim a vida se torna menos trabalhosa. Ele ataca veementemente os que acreditam que a liberdade é uma difícil e perigosa tarefa e que entregam de bom grado suas vidas a tutores.

Freud, por sua vez, em “*O Mal-Estar na Civilização*” observou que o homem civilizado trocou uma parcela de suas possibilidades de felicidade por uma porção de segurança. Ele

identifica a existência de um antagonismo irremediável entre as exigências pulsionais e as restrições da cultura. Então, para viver em sociedade o homem tem que renunciar às suas pulsões e submetendo-se às exigências da cultura.

Assim, na visão de Freud, a aflição própria da vida civilizada se origina na supressão da liberdade individual, concedida de modo relutante e com enorme custo psíquico. A tensão entre liberdade e segurança tende a se internalizar e depois a confrontar o indivíduo internamente na forma da luta entre superego e id, encenada no campo de batalha do ego (Freud, 1997).

Em todo caso, a falta de liberdade se torna uma opressão quando nos sentimos definitivamente forçados a agir contra nossa vontade. Mas é curioso observar que nem toda falta de liberdade, nesse sentido, é notada como um ato de violência ou sentida como uma opressão. Por exemplo, na maioria de nossos atos rotineiros, nas regras sociais que obedecemos sem questionar, que ao contrário de nos parecerem imposições tirânicas nos guardam um doce sabor de segurança, de saber como as coisas devem ser. Portanto, como salienta Bauman (2000), a falta de liberdade é uma condição inerentemente ambígua.

Temos ainda um longo caminho a percorrer para alcançarmos, quem sabe um dia, uma sociedade na qual os indivíduos sejam conscientes de sua autonomia, ao mesmo tempo em que reconheçam os laços de solidariedade que nos faz vivermos juntos. O cenário dos dias atuais nos mostra que as sociedades ditas avançadas vem apostando numa identificação da liberdade com a técnica. A técnica da qual Descartes já dizia, no Discurso sobre o Método, que nos tornaria “senhores e possuidores da natureza”. Podemos fazer tudo, somos livres para transpor os limites impostos pela natureza através da intervenção tecno-científica.

Evidentemente, nem todos compartilham deste otimismo racionalista. Muitos reconhecem que a técnica liberta o homem da natureza, mas acrescentam que o homem acabou se tornando escravo de suas invenções técnicas, tornando as “possibilidades” em “necessidades”, como foi o caso da aposta de Heidegger.

Enfim, como dissemos no início, este trabalho não tem a pretensão de responder a delicada questão sobre a liberdade humana. Não é objetivo do estudo aprofundar na análise sobre a filosofia da liberdade, temos absoluta consciência da enorme dificuldade que este tema suscita. Apenas buscamos apresentar de maneira bastante sucinta algumas proposições filosóficas a cerca do tema da liberdade, para mais adiante discutir os múltiplos usos sociais da noção de autonomia que a sociedade contemporânea produz, especialmente no caso das práticas em saúde.

A história social desse denso objeto de estudo, que é a autonomia, atesta que recentemente ela emergiu das esferas privadas da ética e da estética para ser apreendida como um poderoso instrumento da gestão da economia e das políticas públicas (Nogueira, 2003). Portanto, a autonomia enquanto exercício da liberdade passou a ser uma noção fundamental para fazer funcionar a engrenagem da sociedade pós-industrial.

Desta maneira, o conceito de autonomia passou a conter tantas formas de conduta que já não é mais possível formular uma definição unificadora, posto que se tornou próprio das sociedades pós-modernas apostar na ambigüidade das noções, multiplicando concepções e práticas de tal maneira que parece não ocupar-se de definir com precisão os conceitos, que podem ora significar uma coisa ora outra, sem grandes problemas; dando origem ao que Nogueira (2003) nomeou de “autonomismo pluralista”.

Ora, se falo de liberdade não falo a mesma coisa se um sou leitor de Kant, ou de Hume, de Marx, ou de Freud por exemplo. Então é fundamental interrogar de que sentido de liberdade e de autonomia se trata, que é exatamente o que buscamos questionar quando nos dirigimos ao escopo teórico-conceitual da Política Nacional de Promoção da Saúde.

Biopolítica do totalitarismo moderno e a “crise” da Modernidade

A História moderna da Europa e da América girou em torno do esforço para desprender o homem das amarras políticas, das correntes pesadas de determinados valores sociais, da teia aprisionadora da economia, dos dogmas religiosos. Na luta pela liberdade esbarramos em muitos reveses, pois aqueles que um dia lutavam contra a opressão em determinada época, em outro momento se filiaram aos seus opressores para defender seus privilégios.

A despeito de todas estas complicações e ambigüidades, a História Moderna parecia mostrar que o homem era capaz de governar a si mesmo, de tomar decisões e fazer escolhas por si próprio, de agir conforme sua vontade. Aparentemente a plena realização das conquistas do homem moderno nos aproximava da evolução social.

Os princípios do liberalismo econômico, da democracia política, da autonomia religiosa e a expansão do individualismo na vida privada deram a sensação de que nos aproximávamos da tão sonhada conquista de um estado de liberdade (Fromm, 1983). O homem parecia realizar seus anseios de cortar os vínculos que o aprisionava: desmistificou o domínio da Natureza e passou a dominá-la, derrotou o domínio da Igreja e do Estado Absoluto.

A Guerra Mundial anunciou, para alguns, a derradeira vitória da liberdade. As democracias existentes se fortaleceram, e outras surgiram substituindo antigas monarquias (Fromm, 1983). No entanto, alguns anos depois surgiram novos sistemas que aniquilaram com tudo que os homens tinham conquistado em termos de liberdade.

A experiência com os regimes totalitários de Estado, em que toda a vida dos homens foi politizada por completo, trouxe a tona uma das mais temíveis restrições à liberdade (Arendt, 1990). Arendt vê neste monstruoso episódio uma complexa relação que se estabelece entre

liberdade e política. Ela fala do fim da política, no sentido que existia desde a Antiguidade³³, em que liberdade e política eram quase que idênticas; e interroga se nas condições modernas a política e a conservação da vida são compatíveis entre si (Arendt, 2007. Pág. 39).

Para Arendt (1990) a característica mais marcante da Modernidade é o esquecimento da política, seja devido à violência empregada pelos regimes totalitários, seja em função da transformação da esfera pública em um mero espaço de acordos econômicos de uma sociedade de consumidores. A autora demonstrou que, sob condições totalitárias, a política é transformada em um complexo sistema de propagação da violência e do terror (Duarte, 2001).

Para Agamben (1998), foi exatamente devido à transformação da política em espaço privilegiado de manipulação e intervenção sobre a “vida nua”, que se construiu a necessidade e a legitimidade da dominação total. Isso quer dizer que só no momento em que a política se transformou em biopolítica que ela pôde se constituir como política totalitária.

A biopolítica nacional-socialista europeia tomou forma com a criação do conceito de “vida indigna de ser vivida”, que implicou numa nova decisão sobre o limiar no qual a vida deixa de ser politicamente relevante e, portanto, pode ser impunemente eliminada. Toda essa valorização e “politização” da vida acabou tomando vias inimagináveis, tendo como efeito colateral o projeto eugenista inaugurado pelo nazismo.

A noção de “vida sem valor” legitimou a autorização de se realizar experimentos científicos com doentes mentais e outros “indesejáveis”, como foi feito com os judeus nos campos de concentração. Para se ter uma idéia, em 1940 Hitler inaugurou o *Euthanasie Programm für unheilbaren Kranken*, na pequena cidade de Grafeneck. O programa era coordenado por médicos e cientistas que submetiam os doentes a uma visita sumária na qual decidiam se eles satisfaziam ou não os pré-requisitos do programa. Pois bem, aqueles que estavam doentes eram eliminados 24 horas após sua chegada ao campo, onde recebiam primeiramente uma dose de 2 cm de *Morphium-Scopolamina* e posteriormente eram conduzidos forçadamente à câmaras de gás. Calcula-se que desta maneira foram eliminados aproximadamente 60 000 pessoas (Agamben, 1998).

O fato é que o nazismo assinalou um momento em que a junção entre a medicina e a política, que é uma das características marcantes da biopolítica moderna, começou a tomar sua forma mais delimitada. O resultado disso é que a decisão soberana sobre a vida nua se amplia

³³ A questão sobre o sentido da política é tão antiga quanto a tradição filosófica, remonta a Platão, e nasceu da experiência de filósofos com a *Polis*: De maneira geral, as definições sobre política a classificam como um meio para atingir um fim mais elevado, sendo que a determinação desta finalidade variou muito ao longo dos séculos. A política neste sentido, explica Arendt (2007), é algo como uma necessidade impiedosa para a vida humana. A tarefa da política seria então garantir a vida no sentido mais amplo. A coisa política entendida no sentido grego está, portanto, relacionada estreitamente com a liberdade. Esta sendo entendida como não-ser-dominado e não-dominar; e também como um espaço que só pode ser produzido coletivamente, onde cada um vive entre iguais.

para além das motivações estritamente políticas, estendendo-se por um caminho ambíguo em que o médico e o soberano parecem confundir-se seus papéis (Agamben, 1998).

É importante observar que por mais que o nazismo não tenha se limitado a utilizar e desvirtuar a ciência da época em nome de seus objetivos políticos, não podemos deixar de refletir sobre as afinidades complexas e íntimas entre a ideologia nacional-socialista e o desenvolvimento das ciências sociais e biológicas, especialmente a genética (Szapiro 2009). As investigações genéticas da época descobriam a localização dos genes nos cromossomos e também revelavam, por exemplo, que a definição da raça não possuía outro fator senão a hereditariedade genética. Fato que ofereceu uma estrutura conceitual importante de referência para a biopolítica nazista.

A apreensão da noção de raça feita pelos nazistas não pode ser verdadeiramente compreendida se esquecermos que o corpo biopolítico não é nem uma *quaestio facti* (como por exemplo a identificação de um certo corpo biológico) nem uma *quaestio juris* (isto é, a identificação de uma determinada norma a ser aplicada), mas é antes de tudo uma decisão política soberana que opera na irrefutável indiferença entre fato e direito (Agamben, 1998).

O campo de concentração, portanto, é o espaço desta absoluta impossibilidade de separar fato e direito, norma e aplicação, regra e exceção. A essência do campo consiste na “materialização do estado de exceção e na conseqüente criação de um espaço em que a vida nua e a norma acedem a um limiar de indistinção”³⁴.

O que aconteceu nos campos excede de tal modo o conceito de crime que muitas vezes, diz Agamben, se esqueceu simplesmente de considerar a específica estrutura jurídico-política em que esses terríveis acontecimentos se produziram. Com o advento do totalitarismo, a própria alternativa de classificação das formas de governo deixou de ser aquela entre governos regidos pela lei e governos fora da lei; o totalitarismo altera radicalmente o próprio conceito de Lei (Duarte, 2001).

As pessoas que entravam nos campos se confrontavam com uma zona de indistinção entre exterior e interior, legal e ilegal, de tal maneira que os próprios conceitos de direito e proteção jurídicos perdiam totalmente o sentido. O guarda do campo, por exemplo, não reconhecia diante de si um fato extra-jurídico, nem tampouco questionava suas ações, isto porque o campo é o espaço biopolítico absoluto nunca antes realizado na história da humanidade, “em que o poder não se confronta senão com a pura vida sem qualquer mediação” (Agamben, 1998).

Segundo Agamben, o campo surge então nesse contexto, como um acontecimento que pontua de modo decisivo o próprio espaço político da Modernidade. Esse surgimento se dá no momento em que o sistema político do Estado-Nação que formava a ligação entre território - ordem - nascimento, que é o paradigma mesmo da cidadania, entra num longo processo de crise

³⁴ Cf Agamben, 1998. Pág. 166.

que leva o Estado a assumir as responsabilidades sobre os cuidados em relação à vida biológica da nação.

Agamben, então, interroga:

Como é possível politizar a “doçura natural” da *zôê*? E, sobretudo, terá esta verdadeiramente necessidade de ser politizada ou o político já faz parte dela como seu núcleo mais precioso? A biopolítica do totalitarismo moderno, por um lado, e a sociedade de consumo e do hedonismo de massa por outro, constituem certamente, cada uma de sua maneira, uma resposta a esta pergunta. Porém, enquanto não surgir uma política integralmente nova, toda a teoria e toda *praxis* permanecerão prisioneiras de uma ausência de vida, e o “belo dia” da vida só alcançará cidadania política através do sangue e da morte ou na perfeita insensatez a que o condena a sociedade do espetáculo (Agamben, 1998. Pág. 20).

Desde então, toda política contemporânea gira em torno da questão da vida e do seu estatuto. E enquanto as divergências e contradições que resultam da tomada da vida pelo poder não forem resolvidas, nazismo e fascismo (que levaram ao extremo a decisão sobre a vida nua) permanecerão como fatos atuais. Segundo o testemunho de Antelme, relatado por Agamben (1998), os campos ensinaram a quem os habitou que “o pôr em questão a condição de homem provoca uma reivindicação quase biológica de pertença à espécie humana”³⁵.

O mundo presenciou milhares de alemães satisfeitos por abrirem mão da liberdade, que outrora seus pais lutaram tanto para conquistar. Fromm (1983) reconhece que a crise da democracia não é um problema particular da Alemanha e da Itália, mas algo que defronta todo Estado Moderno.

Então algumas perguntas saltam aos olhos e ao pensamento: “O que é a liberdade como experiência humana?”, “O desejo por liberdade é inerente à natureza humana?”, “Que condições sociais e econômicas favorecem ou não a expressão da liberdade?”, “A liberdade é algo assustador demais que faz com que o homem busque sempre um dominador para decidir por ele e lhe dar segurança?”.

Não temos evidentemente a pretensão de responder a estas perguntas, que em todo caso foram brevemente trabalhadas anteriormente nas palavras de importantes teóricos e estudiosos do assunto, com o intuito de argumentar que hoje nas sociedades pós-modernas o homem se encontra afetado de duas maneiras simultaneamente: por um lado ele conquistou mais liberdade, e independência, e por outro se tornou mais sozinho, isolado e desprotegido - como argumenta Castel (2005), surgindo contudo novas dependências.

No momento nos interessa, então, encerrar esta parte perguntando sobre as conseqüências da Modernidade, no sentido de refletir se decididamente alcançamos o progresso prometido. E, se sim, em nome de quais sacrifícios?

Kant (1784) no final de seu texto “*Resposta à Pergunta: O que é o Iluminismo?*” pergunta se os homens de seu tempo viviam afinal uma época esclarecida. E sua resposta foi que

³⁵ Ver Agamben, 1998. Pág. 19.

não, mas que viviam a época do Iluminismo! E argumentou que ainda faltava muito para que os homens se encontrassem numa situação em que pudessem de fato exercer bem e com segurança o seu próprio entendimento, sem serem guiados por outrem. Ele disse que o Iluminismo então foi apenas a porta que se abriu para que todos saíssem da prisão e começassem a pensar por conta própria, ou seja, a época em que os homens começaram a sair “da menoridade de que são culpados”. Culpados no sentido de que o homem, muitas vezes, escolhe ser tutelado.

Passamos a observar e explicar o mundo com base em nossa razão, através dela muito se conquistou e levamos o projeto racional às últimas conseqüências. Podemos dizer que nos livramos da “culpa” de nossa irracionalidade. A pergunta é: Conquistamos a liberdade tão almejada pelos Iluministas? Alcançamos a situação de exercer bem e com segurança a nossa autonomia conforme esperava Kant?

A civilização moderna foi protagonista de novos paradigmas e campos para o conhecimento e para as artes, estabelecendo dicotomias como: transformação *versus* estrutura; individual *versus* coletivo; doxa *versus* episteme; subjetividade *versus* objetividade; ordem *versus* desordem; cultura *versus* natureza; modernidade *versus* tradição; moderno *versus* atraso. Expressos de forma antitética, para Vianna (2006), esses pares causaram uma grande derrota para a ética no século XX, justamente porque a auto-reflexividade presente na noção iluminista de superação crítica foi deslocada para a realização de um *telos* burocrático-tecnista.

Afinal, desde o final da II Guerra Mundial (1939-1945), os efeitos não previstos pelos teóricos da Relatividade deixaram o mundo todo paralisado diante dos perigos de um holocausto nuclear. Além disso, as diversas guerras travadas ao longo do século XX explicitaram toda a insensibilidade e arrogância da “Razão Ocidental”; a crise econômica mundial iniciada em meados da década de 1970 e a emergência dos problemas ecológicos trouxeram consigo desconfiças sobre os efeitos necessariamente benéficos do progresso científico.

Bauman (2008, pág. 132) descreve que os principais ícones da Modernidade eram:

1) A fábrica fordista³⁶, que reduzia as atividades humanas a movimentos estereotipados, rotineiros, planejados, mecânicos e inquestionáveis, mantendo afastada toda espontaneidade e iniciativa individual;

2) A burocracia, semelhante ao modelo proposto por Max Weber, em que as identidades e os laços sociais dos funcionários eram invisíveis, de modo que apenas o comando dado e o livro de estatutos pudessem guiar as ações dos internos enquanto lá estivessem;

3) O Panóptico, com suas torres de vigilância e suas prerrogativas disciplinares;

³⁶ Bauman caracteriza esta fase como “Modernidade Sólida” justamente devido a referência às grandes indústrias e fábricas resultantes da Revolução Industrial, cujo nome ele batiza de “sociedade dos produtores”, em oposição ao momento contemporâneo, que nomeia “Modernidade Líquida”, do capital fluante que circula extraterritorialmente e virtualmente na “sociedade dos consumidores”.

4) E por fim, o campo de concentração, lugar onde os limites da maleabilidade humana foram testados em condições de laboratório, enquanto aqueles que não se mostraram maleáveis o bastante foram selecionados para câmaras de gás e os fornos crematórios de Auschwitz.

A grande tragédia da modernidade foi justamente a perda do potencial de autoconstituição do sujeito iluminista, que no anseio de alcançar todo possível através da razão não conseguiu manter o controle sobre os feitos de suas descobertas, e acabou se perdendo pelo caminho encontrando no consumo e no mercado seus novos senhores.

Por tudo isso, não é de se espantar que uma geração *fin de siècle* – cansada dos parcos resultados do grande mestre tecnológico do sistema dos “especialistas” – se sentisse descompromissada com o *futuro*, contentando-se com vários *presentes* de consumo, em movimentos cíclicos restritos e indiferentes a tudo e, ao mesmo tempo, tão passageiros quanto a moda. Nas décadas de 1980 e 1990, o clima de “*against ideology*” e o pragmatismo dariam o tom à aparente liberdade suscitada pela “crise do sujeito” iluminista (Viana, 2006).

O que a faz a sociedade que ingressa no século XXI ser ainda fortemente moderna é a compulsão pela modernização, pelo novo, pela ânsia da produtividade e pela concorrência. Ser moderno significa ser incapaz de parar, e viver buscando, pois a satisfação está sempre no futuro e quando as realizações são finalmente atingidas parece que perdem seu atrativo e então o homem se lança numa nova aspiração de algo que está por vir. Ser moderno, diz Bauman (2008, pág. 135), significa estar “perpetuamente à frente de si mesmo, em um estado de constante transgressão e significa também ter uma identidade que só pode existir enquanto um projeto não realizado”.

Entretanto, algumas características tornam a situação atual nova e diferente. Caracterizaremos mais estas transformações pós-modernas no próximo capítulo; mas podemos adiantar que uma delas é o que Bauman (2008) chama de desregulamentação e privatização das tarefas e deveres modernizadores. Isto é, o que costumava ser tomado como uma tarefa para a razão humana, como propriedade coletiva de toda a espécie, foi pouco a pouco fragmentado, e atribuído aos recursos administrados individualmente.

Há uma mudança radical na direção da auto-afirmação e da responsabilidade do indivíduo. Essa alteração tem sido refletida na mudança do discurso ético-político que enfatiza o direito dos indivíduos serem diferentes e escolherem à vontade seus próprios modelos de felicidade e estilos de vida; o que parece notável no âmbito do cuidado em saúde.

Os panópticos já não são mais necessários em sua versão “velha e pesada”, e também não faz sentido assumirem uma versão leve e “high-tech”, pois é o discurso da liberdade em sua expressão associada ao mercado consumidor que tem o poder de evocar e controlar toda a conduta humana necessária para manter a economia global em movimento (Bauman, 2008).

Capítulo 5

Instrumentalização e Pluralização da Autonomia na Era Pós-Iluminista

Neste capítulo pretendemos delinear algumas características que marcam a passagem para a Pós-Modernidade, analisando sobretudo as transformações contemporâneas das modalidades de subjetivação, partindo do referencial teórico dos autores Dany-Dufour e Lyotard, dentre outros. Temos como objetivo compreender a apreensão da noção de liberdade no contexto contemporâneo e sua articulação com as práticas atuais no campo da saúde.

Caracterizando a passagem para a Pós-Modernidade

Muitos autores vêm pesquisando sobre as transformações contemporâneas, caracterizando este como um tempo marcado por incertezas e contradições, em que a ausência da capacidade de planejar a vida coletiva se coloca com um dos grandes problemas atuais. As controvérsias do mundo atual, portanto, nos fazem questionar sobre o sujeito, suas perspectivas de singularização, e por outro lado sobre a construção do laço social, isto é, da relação do indivíduo com os *outros*.

Entretanto, dizer que estamos na Pós-Modernidade, ou na Modernidade Tardia como alguns preferem, não significa dizer que houve uma ruptura definitiva com os valores da Modernidade. O próprio Lyotard, que criou o conceito de Pós-Modernidade, argumentou que “nem a Modernidade nem a dita Pós-Modernidade podem ser identificadas e definidas como entidades históricas claramente circunscritas, onde a segunda chegaria sempre depois da primeira”³⁷.

O que ocorre de fato são lentas e progressivas transformações nos arranjos sociais que demarcam algumas especificidades de cada época, tendo em vista que se debruçar sobre cada uma delas não é mais que uma hipótese de trabalho.

Alguns pesquisadores e teóricos, como por exemplo Zygmunt Bauman, vêm denunciando o paradoxo do projeto de progresso da Modernidade afirmando que com o objetivo de desmistificar o mundo através da razão, da ciência e da técnica, ao invés da libertação do homem vivemos na contemporaneidade um mundo em desencanto, incerto e com contradições.

Para Lyotard, o cenário essencialmente cibernético e informacional contemporâneo produz impactos consideráveis sobre o próprio estatuto do saber científico, que é a grande narrativa moderna por excelência. Na Pós-Modernidade a fonte de todo conhecimento passou a

³⁷ Ver Lyotard, J.F. *Reescrever a Modernidade*. In: O Inumano - considerações sobre o tempo.

ser a “informação”, e em decorrência disso, a ciência parece configurar-se como um modo de organizar, estocar e distribuir certas informações. Neste sentido, a ciência se afasta de ser aquele saber fundado na “vida do espírito”, do qual falava Bachelard, e tende a se constituir como um conjunto de mensagens possíveis de serem traduzidas em quantidade de *bits* de informação.

Desta maneira, o crivo da cientificidade se desloca para as descobertas que forem úteis do ponto de vista da técnica, que tiverem valor de uso do ponto de vista do mercado, que tiverem funcionalidade e produzirem um certo tipo de informação que possa ser traduzível na linguagem que as máquinas informacionais compreendem; de tal forma que hoje falamos em “tecnociência”. As repercussões nas subjetividades desta hegemonia da técnica sobre a ciência nos conduz ao centro das mudanças que caracterizam a pós-modernidade (Szapiro, 2009).

Para Lyotard, portanto, vivemos então sob a égide de uma concepção operacional da ciência, cujo estatuto de “verdade” passa a ser atribuído àquilo que pode ser comprovado no real, de tal maneira que o simbólico fica reduzido a uma realidade que é irrefutável. O discurso da ciência produz um plano, no qual se assenta hoje nossa subjetividade, onde o que é real é a única coisa que conta; e este desdobramento contemporâneo da narrativa científica produz severos efeitos do ponto de vista subjetivo, que Dany-Dufour nomeia de “dessimbolização”.

Dufour (2005) explica que acima de tudo esta palavra diz respeito a uma conseqüência do pragmatismo, do utilitarismo e do “realismo” contemporâneos, que buscam se livrar da carga simbólica presente nas trocas funcionais; que no contexto neoliberal faz com que tudo possa então ser “coisificado” e transformado em mercadoria.

A visão tecnicista da condição humana, diz Szapiro (2009), submete todo sentido da experiência humana ao imperativo da utilidade, dessimbolizando, de certo modo, as trocas sociais. O simbólico não está ligado ao real, mas a valores postulados que se originam numa cultura. Entretanto o que faz a “cultura do novo capitalismo” é preconizar um ideal de fluidez, circulação, renovação, que não coadunam com o peso histórico que possuem os valores culturais e seus símbolos. Dufour (2005) diz que “tudo o que remete à esfera transcendente dos princípios e dos ideais, não sendo conversível em mercadorias e em serviços, se vê doravante desacreditado”. O simbólico, portanto, produz um discurso para além da irrefutabilidade do real.

Retomando o que foi apresentado no capítulo anterior, podemos pensar ainda que no coração dessas transformações está a biopolítica do totalitarismo moderno, isto é, a politização da vida como caráter fundamental da política dos Estados totalitários; de maneira que a fusão do poder soberano com o poder bio-médico, que ocorre nos campos de concentração, representa também um importante marco para entender as mudanças que caracterizam a Pós-Modernidade. A promessa de um mundo melhor, a crença na evolução, do desenvolvimento das relações sociais, parece não ter acontecido como esperado. O grande desencanto com a Modernidade, com o conhecimento científico, com o saber e as grandes narrativas possui uma de suas origens

no absurdo do momento marcado pela Segunda Guerra e o extermínio dos judeus nos campos de concentração, pois ali dentro à frente dos experimentos realizados com aquelas pessoas estavam pesquisadores, médicos e cientistas cometendo atos absurdos em nome do ideal de uma “raça perfeita”.

Com a biopolítica a vida se transforma em objeto de poder e saber, sendo assim a “vida nua” (Agamben, 1998) encontra-se profundamente capturada pelo discurso médico-científico e marca bruscamente a subjetividade contemporânea.

Partindo da delimitação do conceito de biopolítica, compreendendo suas implicações tomando como expressão máxima deste dispositivo as experiências eugênicas realizadas pelos regimes totalitários, e passando pela questão da dessimbolização, nosso objetivo neste capítulo é interrogar sobre o ideal de saúde perfeita na contemporaneidade, compreendendo que a atual política de promoção da saúde seria regulada pela manutenção do projeto biopolítico de controle social dos corpos. Para isso trataremos primeiramente de definir conceitualmente este contexto que nomeamos ‘pós-modernidade’ e suas implicações no campo da saúde.

O conceito de *pós-modernidade* foi criado por Lyotard e se refere a uma época caracterizada pelo esgotamento das grandes narrativas de legitimação, notadamente a narrativa religiosa e a narrativa política. Na pós-modernidade, como nos mostra Dufour (2005), tendemos a nos afastar do lugar da transcendência, e isso produz consequências no sujeito e no laço social.

Para Dufour (2005) a pós-modernidade caracteriza uma época de desaparecimento das vanguardas, do desmonte do Estado, da supremacia da mercadoria, do império do dinheiro, da transformação da cultura, do surgimento da sociedade de espetáculo, da publicização do espaço privado e da privatização do espaço público... Enfim, uma série de traços que caracterizam uma verdadeira mutação social (Gauchet, 1985). Ainda para Dufour as transformações nas subjetividades e nas sociabilidades a que assistimos possuem estreita relação com o advento do *neoliberalismo*. Para ele, os processos de dessimbolização estão no coração do pensamento liberal. A este respeito, diz Szapiro (2009):

A lógica do pensamento liberal é, assim, capaz de produzir uma bruma espessa sobre a paisagem do mundo, escondendo aos olhos dos que não percebem sua astúcia, o ataque promovido àquilo que constitui propriamente o humano: a sua dimensão simbólica (Szapiro, 2009. Pág. 80).

Portanto, ao não pensarmos na dimensão simbólica corremos o risco de deixarmos de nos indagar sobre as questões relativas ao sujeito, e com isso o homem se perde nos aspectos funcionais e imediatos de sua existência. Aspectos que se refletem na sua relação com o outro, na maneira como conduz seu estilo de vida, etc (Szapiro, 2009).

Para Dufour, todos esses acontecimentos “devem ser tomados como sinais de uma crise gravíssima que afeta a população dos países desenvolvidos”. Na verdade o autor está nos convidando a pensar além da crise atual das sociedades, também as transformações das

modalidades de subjetivação. Isto é, o que ele quer mostrar é que por trás dessa crise se descortina um *sujeito* – tal como se apresenta nos dias atuais – que não é mais o mesmo de uma geração atrás.

Durante toda a história, o homem sempre fabulou deuses em torno dos quais ele organizava e estruturava sua existência. Os homens constroem entidades, que eles elegem como princípio unificador, como um *Grande Outro*, que dá sentido às suas vidas, e *em nome do* qual conduzem suas ações. O *Outro*, por assim dizer, serve como uma espécie de suporte; e como tal, ocupa um importante espaço na vida dos sujeitos e lhes exige devoção.

Para Dufour (2005) as sociedades tradicionais se caracterizavam pela devoção a um único *Grande Outro*. Já nas sociedades modernas o sujeito se ancora numa multiplicidade de *Outros*, por exemplo, aos espíritos e deuses; ao Deus único dos judeus, católicos, protestantes... ; ao Rei; à República; ao Povo; ao Proletariado; à Raça, etc.. A modernidade, como afirma o autor, seria a “coexistência – não necessariamente pacífica - de vários grandes Sujeitos”. Ele atribui essa diversificação das figuras do *Grande Outro* ao momento de falência do controle hegemônico da Igreja e à superação desta pelas descobertas científicas. Diante de tantos referenciais, a Modernidade é também o momento em que o espaço simbólico se torna complexo.

Essa multiplicidade de *Grandes Sujeitos*, evidentemente, se traduz em modificações nos modos de subjetivação. Ainda segundo Dufour, diante de tamanha diversidade de *Outros* a “condição subjetiva não se encontra mais definida apenas pela *crítica*, mas também pela *neurose*”. O sujeito crítico da modernidade é, em Dufour, o sujeito da razão e do iluminismo, que o autor nomeia “sujeito kantiano”, sujeito este que se define pela crítica exercendo-a ao lidar incessantemente com várias referências que por vezes se chocam; e o sujeito neurótico, por outro lado, aludindo aqui à construção freudiana, se constitui pelo embate entre as exigências morais da cultura e as exigências pulsionais, que Dufour denomina “sujeito freudiano”.

Assim este sujeito freudiano (sujeito à culpabilidade) forma um par com o sujeito kantiano (submetido à moral). Nas palavras de Dufour (2005):

O sujeito freudiano e o sujeito kantiano fazem, pois, par, são irmãos inimigos que, no final, se dão bem: com efeito, a neurose pode, sob certas condições, se tornar o melhor incitamento à crítica. Em todo caso, a modernidade deve tudo a esses sujeitos intimamente ligados pela relação com as múltiplas figuras do Outro que a caracteriza. No que se refere ao sujeito moderno, poderíamos dizer que é um “Kant com Freud” que o caracteriza”. (Dufour, 2005. pág. 57)

O homem viveu *em nome de* Deus nos monoteísmos, *em nome do* Rei na monarquia, *em nome do* Povo na República, *em nome da* raça no nazismo, da Nação nos nacionalismos, do Proletariado no Comunismo...E hoje, *em nome de* que o homem devota sua existência? Essa é uma grande questão. Dufour alerta que “a civilização que produziu esses grandes Sujeitos sucessivos, presumidos como nossos salvadores, se autodevorou”.

A Pós-Modernidade marcaria um momento, absolutamente inédito na história, de falência de grandes Sujeitos. Concordando com as idéias propostas por Dufour, Bauman vai dizer que a existência de um *Outro* para além do sujeito e que justifica sua existência vem sendo pouco a pouco desgastada. No seu lugar assistimos progressivamente ao surgimento de modos de existências fluidas demais para se solidificarem em algo reconhecível, e efêmeras demais para durarem o tempo suficiente para serem adotadas como uma referência estável e confiável para a composição da identidade.

Confusos e perdidos entre muitas reivindicações de autoridade concorrentes, sem que haja uma voz suficientemente alta ou audível que se destaque dentre as demais e forneça um motivo condutor, os indivíduos contemporâneos não encontram uma referência confiável. Na dificuldade de identificar um *Grande Outro* confiável, aceitam alternativas móveis de autoridades como celebridades efêmeras e ídolos produzidos pela mídia que não duram mais que um dia, e que servem de sinalizadores móveis num mundo desprovido dos permanentes.

De tal forma que Dufour (2008) identifica que é bem possível estarmos diante do surgimento de uma “nova divindade”, que opera não mais na transcendência mas na pura imanência. Para ele, desde que faliram nossos antigos Sujeitos, sutilmente uma nova forma de religião foi se instalando: a do Mercado. Ele diz:

Ali, portanto, onde muitos nos imaginam livres dos dogmas antigos e são inclinados a nos pensar como que momentaneamente errantes, eu nos vejo como potencialmente submissos a um novo deus, uma nova divindade quase nada perversa, de resto, já que, em vez de nos proibir, nos deixa a rédea solta sobre o pescoço: não há mais regulamentação moral, *laissez faire*. Em suma, teríamos caído sob a dependência de um novo deus meio que sadeano, o Divino Mercado, que nos diria: “Gozem!” (Dufour, 2008. Pág. 16).

Para Dufour, a troca mercadológica tende a dessimbolarizar o mundo. Isto é, o valor simbólico é dissolvido de qualquer substância em função do simples e neutro valor monetário da mercadoria.

Este é um pouco do cenário que compõe a tendência do mundo atual, na perspectiva destes autores que nos ampararam aqui. Buscaremos nos tópicos a seguir mostrar como tais sintomas se refletem no âmbito das políticas públicas de saúde, mais especificamente, como aparecem no interior do discurso da Promoção da Saúde.

Do individualismo Moderno ao “egoísmo” Pós-moderno

Vimos no capítulo anterior, através do trabalho de Norbert Elias, como a sociedade passou de um tempo pré-moderno em que os homens estavam à mercê de todo tipo de pulsões vindas de todas as partes, a um tempo moderno no qual o indivíduo passou a ser independente e autônomo.

Freqüentemente encontramos na literatura diversos autores argumentando que a contemporaneidade se caracteriza por ser uma época de exacerbação do individualismo. Alguns destes têm se questionado sobre os possíveis efeitos contra-produtivos de um tipo de individualismo em sua fase pós-moderna.

Para Dufour (2005), por exemplo, “o sujeito pós-moderno corrompeu o individualismo de bom tom”³⁸, na medida em que este “individualismo pós-moderno” vem se desenvolvendo a partir de um desconhecimento da existência de princípios transcendentais a cada um depositadas numa instância coletiva, que segundo ele representam fundamentos que estão na raiz do processo de individualização, e que por sua vez constitui o sentido da política e a possibilidade de laço social (Dufour, 2007).

Isto porque a questão da individualização e, portanto, da autonomia se refere, antes de tudo, à internalização no sujeito da relação com a “Autoridade”. Como vimos, na passagem para a Modernidade o governo sobre o homem estaria não mais numa autoridade externa (heteronomia), representada anteriormente por Deus, mas em si mesmo. O homem deve “governar a si mesmo” (tomando a expressão foucaultiana) e, portanto, basear seu comportamento numa regulação interna da moral.

O que ocorre é que na pós-modernidade parecemos passar para uma espécie de ‘autonomia às avessas’. O que isso quer dizer exatamente? Que esse regime da autonomia, entendida como interiorização da Autoridade, parece estar se desgastando.

Contudo, para Berthier³⁹ (2008), não estando mais no regime da interiorização, mas da exteriorização da Autoridade, buscamos uma regulação exterior; o que significa no plano psíquico o fim do conflito “consigo mesmo”. O autor argumenta que tal regulação exterior é notadamente marcada pela invenção vertiginosa de mais e mais controles externos. Ou seja, arbitrando sobre quase todos os campos das relações sociais, os dispositivos legais passam a ser crescentemente acionados como sintoma dessa externalização da autoridade. E passamos a nos relacionar cada vez mais mediados por acordos legais e sanções jurídicas (Berthier, 2008).

Desta maneira, também as escolhas são externalizadas e orientadas a partir da relação com o que há de disponível no mundo exterior: referências externas nos orientam sobre o que deveríamos querer ou comprar (sobretudo através da publicidade).

Um dos sintomas da Pós-Modernidade pode ser interpretado, com faz Dufour, como uma desmistificação, ou a falência do “Grande Outro”, isto é, o esgotamento da criação destes mitos fundadores. A existência ficcional do “Outro”, que construía e constituía o teatro subjetivo da

³⁸ Tradução livre da autora do trabalho. Para obter a citação no idioma original ver Dufour, 2007. Pág. 23.

³⁹ Patrick Berthier é filósofo, professor do Departamento de Filosofia e Ciências da Educação, Universidade Paris VIII.

conversa consigo mesmo, pelo menos desde Santo Agostinho, parece entrar em decadência na Pós-Modernidade.

Este teatro subjetivo seria, nesse sentido, a instância responsável pela elaboração de uma outra ficção metafísica, que é a alteridade: representação do *outro* como um sujeito portador de singularidade diferente da minha. A relação de alteridade só é possível quando o outro está representado psicologicamente no meu interior.

Berthier (2008) argumenta que existem três relações possíveis de alteridade: a primeira diz respeito à relação “comigo mesmo”, relacionada à subjetividade. A segunda diz respeito à relação com o “outro que não sou eu”, isto é, da relação com o social. E por fim, a relação de pertencimento a uma coletividade, isto é, a relação com a política. As duas últimas só são possíveis se a primeira relação foi devidamente interiorizada (Berthier, 2008). Encontramos este ponto de vista em Dufour (2007) quando ele sublinha que as dificuldades hoje presentes na problemática da “relação consigo mesmo” produzem também problemas na relação com o outro e com a política.

O autor argumenta que um dos sintomas da pós-modernidade é exatamente o fato de que não há mais este encontro com o “outro” simplesmente porque ele não está representado em mim. Ao iniciar o capítulo onde trata da relação com o outro ele pergunta: “*L’autre? Mais quel autre? Nous vivons aujourd’hui dans l’univers du même*” (Dufour, 2007). Deste modo parece que a dificuldade da representação do outro como *outro*, faz ter o outro apenas como um meio de satisfação do próprio desejo. Neste sentido, o outro passa a ser somente o objeto que satisfaz meu gozo. Nas palavras de Dufour: “*o outro sou eu, ele está a minha disposição, eu posso, eventualmente, comprá-lo ou vendê-lo*”⁴⁰. Estas transformações resultam, para ele, de uma expansão do mercado que se apodera de todas as coisas, mesmo do próprio humano, reduzindo tudo à órbita da mercadoria.

Portanto, estas reflexões sobre as transformações no mundo atual nos parecem vestígios de que na pós-modernidade não estaríamos mais diante daquele individualismo presente no projeto moderno de constituição de um indivíduo autônomo. Trata-se de uma forma pós-individualista (Dufour, 2008). Para ele é um equívoco manter o termo individualismo para caracterizar esta subjetividade que ele opta por denominar, como citamos acima, de “pós-individualista”. Resta-nos, então, caracterizar precisamente esta nova forma de individualismo, que Dufour (2008) nomeia também de “ego-ísmo gregário”, e que se encontraria no fundamento da ideologia liberal.

Através da noção de “ego-ísmo-gregário” Dufour vem assinalar que nossa época não sofre nem de individualismo, nem tampouco de narcisismo: mas de ego-ísmo! Isto porque, segundo ele, não se pode imaginar contra-senso maior do que pensar que o individualismo que nos permitiu, a

⁴⁰ Tradução livre da autora deste trabalho. Para obter a citação no idioma original ver Dufour, 2007. Pág. 86.

partir da Modernidade, pensarmos por nós mesmos de maneira autônoma possa ser a causa das dificuldades atuais. Para Dufour, o individualismo provavelmente foi o que poderia ter nos acontecido de melhor, mas - em suas palavras “é um programa que, ao contrário do que se afirma, nunca foi plenamente realizado”. E acrescenta que “não é porque éramos individualistas demais que nos tornamos egoístas, mas porque não o fomos o bastante”.

É preciso compreender bem o sentido do termo “individualismo” tratado pelo autor, qual seja, o empreendimento moderno que permitiu o processo de individualização e autonomia no campo social. Além disso, diz respeito exatamente aquilo que foi o programa transcendental moderno: “libertar-se dos ídolos e chegar enfim a uma certa autonomia através de uma exigente ascese crítica”, nos fala Dufour (2008). Este é propriamente o sentido dado por Kant, que se trata não em fazer tudo aquilo que se quer fazer, mas justamente “obedecer às leis que nos demos”, o que quer dizer que “não há individualismo sem leis” (Dufour, 2008).

Neste sentido do termo, o individualismo é o que possibilitaria a constituição dos lugares individuais, lugares que supõem diferenças e especificidades para cada pessoa, apenas e porque estas estão em relação com as demais. O que é diferente do egoísmo, onde não há relação com o outro, não há alteridade.

Na perspectiva de Dufour não seria também apropriado chamarmos de “narcisismo” esta nova forma “bastarda” de individualismo, na medida em que uma certa dose de narcisismo primário é fundamental para a constituição do sujeito como mostra a psicanálise (Dufour, 2005).

Assim sendo, mais que individualistas vivemos uma época de egoístas agregados em cegos rebanhos, de tal maneira que não enxergamos o quanto vivemos em conjuntos massificados. Então Dufour oportunamente questiona: “Por que precisamos fazer crer que somos livres quando vivemos em rebanho?”. A resposta dada por ele é simples: É preciso que cada um vá livremente em direção as mercadorias que o generoso sistema de produção capitalista fabrica. E para que este movimento se realize de forma natural, o indivíduo precisa sentir-se livre, pois caso contrário, se fosse obrigado a isso, poderia resistir.

Ao acreditar que é livre, o sujeito contemporâneo pode consentir querer o que lhe dizem que deve querer enquanto “cidadão livre”. É pelo egoísmo, portanto, que se deve agarrar os indivíduos para arrebanhá-los. Formamos então um grande rebanho de consumidores (Dufour, 2008).

Lebrun (2008) argumenta que em nenhum outro tempo da história uma sociedade valorizou tanto a singularidade do sujeito como a nossa dos dias atuais. Por outro lado, nenhuma foi tão pouco dedicada a preparar o sujeito para então sustentar essa posição de liberdade que ela afirma e incentiva. Para ele, esse é o paradoxo que atesta a crise atual da sociedade, e é a partir desse obstáculo que a máquina social emperra.

Não temos a intenção de descrever o efeito do “novo capitalismo” em toda a estrutura subjetiva do homem contemporâneo, nem nas mais diversas economias humanas sobre as quais exerce impactos⁴¹, uma vez que nos limites desta dissertação queremos investigar especialmente um aspecto desta complexa rede: o problema da autonomia e da liberdade enquanto idéias centrais, esta última através da qual nos afirmamos totalmente livres quando somos tão somente regulados por uma nova, e potente, forma de dominação, o Mercado.

Até que ponto é livre o homem livre?

O que se segue ao argumento que dissertamos acima é que a passagem para a pós-modernidade não produziu maior liberdade individual, ainda que pareça o contrário. Não no sentido da liberdade como possibilidade de influenciar a agenda de opções disponíveis na sociedade e negociar o código que pauta nossas escolhas. Assim é que alguns autores da atualidade⁴² vêm tratando da questão da liberdade no contexto contemporâneo, de modo que denunciam o paradoxo que nos encontramos hoje com relação à maneira como pensamos viver livremente nossas vidas e escolhas.

Muitos argumentam que de fato combatemos antigas formas de autoridades e pensamos ter destruído todos nossos inimigos. Já não somos assombrados por forças da natureza, nem condenados por soberanos, dominados por ditadores ... Estamos livres!

Entretanto, Dufour sinaliza, que quando acreditamos que alcançamos a verdadeira liberdade, que vivemos numa sociedade liberal onde tudo é permitido, eis que entramos numa nova forma de alienação. Que, segundo ele, se instala na medida em que nosso sistema econômico liberal vai se tornando uma espécie de novo dogma.

Hannah Arendt, como pontua Duarte (2001), recusa com veemência as correntes políticas liberais porque, segundo ela, estas tendem a pensar as relações entre política e liberdade a partir da concepção de que quanto menor for o espaço destinado à política, tanto maior será o espaço da liberdade; identificando nesta visão uma concepção de liberdade destinada exclusivamente ao crescimento econômico privado. E é exatamente aí que parecem residir nossos problemas, e sintomas, contemporâneos (Duarte, 2001).

Bauman (2000) argumenta que o “reino da liberdade” nos dias atuais vem acompanhada de código de barras e uma etiqueta de preços, e este seria bastante alto. Para ele é como se não houvesse nada além da opção pela ditadura do mercado, como se não houvesse lugar para a

⁴¹ O filósofo Dufour em “O Divino Mercado” mostra que hoje tais implicações se manifestam nas mais diversas economias humanas: a economia mercantil, a economia política, a economia simbólica, a economia psíquica, a economia semiótica. Neste livro ele se dedica a trabalhar sobre os impactos em cada uma delas.

⁴² Dentre os quais destaco Dany-Dufour, B. Stiegler, Bauman, Sennett, Boltansky, e outros.

cidadania fora do consumismo. Há, no entanto, uma ressalva a ser feita a este respeito no sentido de que somos impelidos a exercer a máxima liberdade, mas esta não parece chegar para todos da mesma maneira. Para alguns pertencentes a grupos com menos recursos nem sempre ser livre é uma tarefa tão óbvia, tão natural. Diz Bauman que esta liberdade da qual estamos tratando fala de um “tudo pode” na sociedade de consumo, sendo assim para “poder tudo” é preciso ser um consumidor vivaz. Caso contrário corre-se o risco de não se poder exercer essa tão almejada liberdade.

Então para Dufour (2008), passamos a viver em rebanhos, no qual cada um acredita ser livre em suas escolhas, embora nosso desejo seja absolutamente teleguiado “por uma poderosa mão de ferro” não tão invisível assim. Neste sentido é que Stiegler (2004) argumenta que o que permite a distinção entre *eu* e *nós* a partir de agora se tornou muito confuso na “enfermidade simbólica de um sujeito amorfo”, de tal maneira que o capital hipermassifica comportamentos e desejos gregarizando os indivíduos.

Eichman, o carrasco nazista que enviou os judeus para os campos de concentração, corresponde, para Arendt, ao protótipo do homem contemporâneo que age sem julgar condicionado apenas pelos interesses funcionais e econômicos. A isso Arendt chamou de “banalização do mal”. Nas palavras de Aguiar (2004), “esse tipo de homem age como o cão de Pavlov, treinado para salivar mesmo sem ter fome”.

Como observou também Castoriadis (1998), nossa sociedade “parou de se questionar”. Quando as pessoas aceitam a impotência para controlar as condições de suas vidas, se elas se entregam a uma situação que consideram inevitável então esta sociedade, para ele, deixa de ser autônoma. Torna-se uma sociedade heterônoma, sem que seus membros tenham consciência disso. Nas sociedades pré-modernas vivíamos sob os domínios das forças da natureza e dos fenômenos divinos, hoje somos regulados pelas forças misteriosas das finanças mundiais, bolsas de valores e pelas mãos invisíveis do mercado.

Para Bauman (2000), na verdade o que fizemos foi transformar o indivíduo de cidadão político em consumidor do mercado. Para ele a liberdade que conquistamos nos dias atuais é em larga medida ilusória. Em suas palavras:

Ser um indivíduo não significa ser necessariamente livre. A forma de individualidade disponível no estágio final da modernidade e na pós-modernidade, aliás comuníssima nesta última, é a da individualidade privatizada, que significa essencialmente uma anti-liberdade (Bauman, 2000. Pág. 70).

Isto porque a liberdade individual só pode ser produto do trabalho coletivo (Bauman, 2000). Nos dias atuais, caminhamos rumo à privatização dos meios de assegurar a liberdade individual, que nestes termos faz com que cada um seja responsável por sua própria vida sem conjugar seus interesses com os demais. Neste contexto é que vemos surgir, portanto, todo um conjunto de discursos, no âmbito das políticas públicas, de que cabe a cada indivíduo a

responsabilidade pelo cuidado de sua saúde e somos devidamente autônomos para fazer isso da melhor forma possível. Entretanto, cabe sinalizar que somos livres para aproveitar nossa liberdade, mas não o suficiente para evitar as conseqüências dela.

O ideal da saúde perfeita

Neste contexto de transformações, como sugere Bauman, emergem os “híbridos culturais”. A cultura híbrida, nas palavras deste autor, refere-se a uma liberdade duramente conquistada, e agora estimulada, de sair livremente num mundo demarcado por cercas e fatiado em soberanias territorialmente estabelecidas. Segundo ele, a “hibridização cultural” significa um movimento em direção a uma identidade eternamente “indeterminada” e “indeterminável”.

Na “cultura híbrida”, portanto, a busca por identidade se funda na liberdade e na constituição de um “eu” em constante transformação e movimento; em oposição a uma identidade imutável e inerte que limita os movimentos e circunscreve determinados rótulos culturais definidos. Para alguns esta “indeterminação” do ego pode caminhar junto com a ilusão de liberdade. Mas de fato este estado de liberdade é na verdade um imperativo, uma obrigação que precisa ser perseguida e que nunca chega a ser plenamente atingida. Nas palavras de Bauman, em uma de suas irônicas metáforas, ele diz: “A liberdade das pessoas em busca de identidade é parecida com a de um ciclista; a penalidade por parar de pedalar é cair, e deve-se continuar pedalando apenas para manter sua postura ereta” (Bauman, 2007. Pág.47).

Vivemos uma época, segundo Dufour, de fabricação de um “novo homem” (um sujeito a-crítico e psicotizante) pela ideologia neoliberal. Esta requer um sujeito que não esteja nem submetido à culpabilidade nem suscetível a constante reflexão crítica, para que se possa estender o alcance da mercadoria até os limites do mundo, no qual tudo passa a ter um valor de troca.

A busca imperativa do homem contemporâneo por um tipo de auto-conhecimento denota, assim, a luta por reconstruir seu mundo interno através de atividades auto-contemplativas, como é o caso dos cuidados com o corpo que recebem um destaque excessivo nos tempos atuais.

Aqui estaríamos diante de uma nova dimensão relacionada a uma primazia de um objetivo de alcançar a saúde perfeita e o corpo ideal, que reflete exatamente a tendência a formar a imagem da comunidade (da segurança, na leitura de Bauman) no padrão da saúde idealmente protegida de riscos. Harmonioso, limpo de toda substância estranha e saudável, o corpo tem todos seus pontos de entrada absolutamente e cuidadosamente protegidos e vigiados pela gestão dos riscos. Como sugere Bauman, “o corpo e a comunidade são aveludados por dentro e ásperos por fora”. A nova solidão do corpo é o resultado de um amplo conjunto de mudanças importantes na contemporaneidade, que buscamos esboçar nas páginas desta dissertação.

Nas sociedades atuais do mundo ocidental vemos crescer a cada dia uma preocupação em viver uma vida saudável. As indústrias médicas junto com a mídia produzem padrões de saúde, de estética e de modos de viver saudáveis, que configuram um verdadeiro “ideal de saúde perfeita” a ser atingido. Com isso, vemos surgir uma nova idéia de *normalidade* que orienta condutas, valorizando cuidados meticulosos com o corpo, dietas rigorosas, cirurgias estéticas voltadas para ideais de beleza construídos pela propaganda na mídia além de um consumo de produtos que visam garantir a manutenção de um “estado de saúde perfeita”.

Estes processos nos convocam a reconhecer que estamos diante de mudanças epistemológicas no paradigma da clínica moderna no que diz respeito às concepções sobre saúde e doença, normal e patológico; o que nos leva a reconhecer que novas subjetividades estão sendo produzidas a partir destes discursos e práticas médicas.

Como aponta Bauman (2001) a própria noção de doença, outrora claramente circunscrita, torna-se cada vez mais confusa e nebulosa. Ao contrário de ser tomada como um evento excepcional que possui um começo e um fim, passa a ser vista como uma ameaça permanente ao estado de saúde, demandando uma vigilância incessante.

Desta maneira, as mais diversas atividades da vida social, os hábitos esportivos, as práticas religiosas, sexuais, etc, passam a serem consideradas práticas de saúde. A força deste discurso é tão grande que a predominância desses padrões de beleza e de saúde estimula o crescimento de um massivo mercado de produtos que prometem fazer com que as pessoas atinjam este ideal. Hoje a cada esquina tropeçamos em clínicas estéticas. Nos jornais entre uma notícia e outra há sempre uma coluna com conselhos para um “viver saudável”. Assistimos na televisão programas que exaltam mulheres e homens de corpos esculturais, hipnotizando-nos no desejo de sermos com eles; e nos intervalos comerciais propagandas com produtos que vendem o sonho de que isso é possível.

Encontramos à venda vitaminas específicas, cremes anti-rugas, alimentos sem gordura trans, aparelhos para enrijecer os músculos e outros produtos que fabricam consumidores fiéis destas mercadorias, na esperança de algum dia se aproximarem daquilo que não percebem que jamais atingirão, isto é, uma vida plena, eterna e sem sofrimento. A compulsão consumista própria da sociedade contemporânea foi canalizada para o consumo de produtos de saúde e beleza, de serviços médicos-estéticos.

Esta nova maneira de pensar o cuidado com a saúde parece produzir uma espécie de “subjetividade somática”, com efeitos nos arranjos sociais. A definição de novo padrão de normalidade, parece surgir efetuando uma separação entre aqueles que seguem as prescrições recomendadas para se seguir uma vida saudável e aqueles que não conseguem fazê-lo. Uma vez que a responsabilidade sobre sua saúde está hoje colocada sobre o indivíduo, este deve se tornar

vigilante consigo mesmo de modo a comportar-se mantendo hábitos que são considerados saudáveis.

Segundo Ortega (2003), a valorização de procedimentos de cuidados corporais resultam na formação de identidades somáticas, às quais o autor nomeia “bioidentidades”. Para que os indivíduos expressem sua autonomia no atual mundo competitivo, o auto-aperfeiçoamento e o cuidado com o corpo tornaram-se importantes referenciais. Através do que Ortega denominou “práticas bioascéticas”, o indivíduo demonstra sua capacidade de cuidar de si, formarmando sua identidade.

Na Antiguidade as práticas de si buscavam atingir um *self* singularizado, mas marcado fundamentalmente pela alteridade. Tais práticas representavam o indivíduo referido à Polis, portanto, e nesta medida o outro e o mundo eram as condições para o cuidado de si. Nas ascetes clássicas greco-romanas e cristãs, as regras impostas à alimentação e a relação com o corpo eram como uma espécie de prova que habilitava o indivíduo à vida pública e diziam respeito a sua relação com as divindades. A ascese corporal estava ligada à preparação para vida pública, ao encontro com Deuses, ou para atingir um conhecimento de si.

A ascese como prática política e como expressão de singularização teria sido substituída, na perspectiva de Ortega, pelas ‘bioascetes’. O que o autor está denominando de *bioascese* são estas práticas de si contemporâneas, que mediante o cultivo do corpo e dos cuidados higiênicos e estéticos, encontram na uniformização e na adaptação às normas saudáveis “modos de existência conformistas e egoístas, visando a procura da saúde e do corpo perfeito” (Ortega, 2003).

As bioascetes individualizam o cuidado com o corpo. A existência de um mundo comum que une os indivíduos ainda que mantenha um espaço entre eles se extingue e “a diversidade se transforma em bioidentidades apolíticas”. Não há espaço para alteridade na biossociabilidade, o corpo ocupa o lugar do “eu” e do “outro”.

Os ideais sociais comuns são, portanto, esvaziados e dissolvidos em políticas particulares, “nas quais a experiência de identificação é calcada na materialidade do biológico e referentes físicos substituem referentes culturais”. A forma de sociabilidade resultante desse processo constitui uma rede despolitizada de relações, cujo efeito é a construção de interesses individuais que não se articulam com as questões gerais, e a formação de indivíduos adaptados e flexíveis ao mercado de consumo (Ortega, 2003).

O conjunto de práticas bioascéticas constitui, portanto, uma nova maneira de organização social, a qual Rabinow (2002) denominou “biossociabilidade”, que se refere às novas formas de sociabilidade resultante da interação do capital com as biotecnologias e a medicina. Tais formas de biossociabilidade são elementos que produzem um duplo efeito: por um lado resultam no processo de desmontagem da cultura íntima, e por outro na somatização e exteriorização da

subjetividade (Ortega, 2003). Temos um *self* que se volta para fora e se traduz no corpo, e um corpo que se dobra para dentro, se confundindo com o próprio *self*.

Neste sentido, a ‘sociedade disciplinar’ com suas fronteiras bem delimitadas entre o normal e o anormal, onde a vigilância era exercida de fora para dentro sobre os corpos, foi substituída pelo que Deleuze (1992) denominou uma nova ‘sociedade de controle’. Na sociedade de controle o poder se torna ainda mais invisível; temos uma ilusão maior de autonomia quando na verdade estamos absolutamente controlados. Na medida em que o controle escapa das instituições ele se torna menos óbvio e mais fluido, e acaba se infiltrando por inusitadas frestas.

Neste contexto temos a formação de um sujeito que se auto-controla e se auto-governa. O autogoverno supõe uma série de práticas reflexivas e de bioascese, que resultam na formação de identidades biologizadas. As práticas reflexivas dizem respeito, por sua vez, a toda atividade de autovigilância sobre os desejos e atitudes. Trata-se de monitorar cada passo do *self*, mas principalmente do corpo.

Tais transformações se devem ao fato de que os discursos sobre a saúde são dispositivos que não se referem unicamente às dimensões da saúde. Estes discursos sugerem modos de pensar, práticas sociais, e por isso mesmo precisam de um trabalho de análise crítica que os situe historicamente para serem melhor compreendidos. Este esforço de contextualizá-los nos possibilitaria revelar as razões que os legitimam e sua afinidade com a nova ordem econômica, social e política onde são produzidos e sustentados. Discursos sobre a saúde consistem, portanto, em construções contingentes, de caráter normativo e vinculadas a múltiplos interesses (Castiel, 2007).

Toda esta obsessão no cuidado com corpo faz dele o novo lugar da moral e matriz da identidade pessoal. É no corpo que se constitui as “bioidentidades” e através dele que externalizamos nossa subjetividade. Estampamos no corpo o sucesso ou fracasso; a beleza ou a deformidade. No corpo estão visíveis as marcas de uma interioridade que precisa se tornar pública.

Uma vez que temos um *self* que se volta para fora e se traduz no corpo, e um corpo que se dobra para dentro, se confundindo com o próprio *self*, parece ser necessário antes de tudo transformar o corpo para legitimar no biológico, portanto no real, algo que é simbólico. Trata-se de trazer para o plano da objetividade aquilo que antes era pura subjetividade. Um exemplo deste movimento de externalização está na atual e crescente demanda de cirurgias para mudança de sexo, através da produção da categoria do “transexualismo” (Szapiro, 1998).

Pensando a partir da problemática da transsexualidade, nos vemos diante de um duplo movimento: por um lado assistimos à crescente tecnificação da questão sexual, e por outro, somos confrontados ao apelo performático de que é preciso transformar o corpo para uma escolha simbólica ganhe uma materialidade e legitimidade no real.

Outros exemplos, neste sentido, podemos encontrar nas demandas de colocação de silicones e demais tipos de próteses para fins estéticos. A demanda de cirurgias para mudança de sexo, para permanecer no exemplo, seria neste sentido uma produção subjetiva que se tornou possível devido aos avanços no campo das biotecnologias, que têm permitido intervenções corporais inimagináveis há alguns anos atrás. Assim, através das novas técnicas de intervenção no corpo podemos hoje superar os limites até então existentes e que sustentavam muitos conflitos no âmbito da economia psíquica. Deste modo, se por um lado os avanços nas tecnociências têm trazido inegavelmente solução para a extinção e a cura de muitas formas de sofrimento, de incapacidade e de dor para certas patologias antes incuráveis, também têm colocado em funcionamento todo um mercado de ofertas de intervenção que identificam padrões estéticos de beleza com ideais de saúde a serem consumidos, como sublinha Dany-Dufour (op. cit.)

Não só o corpo é esvaziado de seu conteúdo simbólico, mas também a velhice – condição natural da vida - é tomada como um estado patológico que precisa, portanto, ser tratado. As marcas corporais da velhice tornam-se vergonhosas, os sinais da maturidade são aversivos. Evidentemente o mercado mais uma vez se faz presente, não deixando de oferecer promessas ligadas ao consumo de valores de uma juventude para toda a vida.

Seja a diferença sexual, a velhice ou a morte, foram até os dias atuais limites impostos aos seres humanos que tratavam, assim, de resolver simbolicamente tais limites, aceitando-os seja de que forma fosse. Entretanto, na pós-modernidade a questão da liberdade e da autonomia ganhou tamanha inflexão que quase já não se pode mais conviver com os limites do corpo.

Nesta perspectiva, vale observar a curiosa definição de saúde pela OMS como um “completo bem-estar físico, psíquico e social, não consistindo em mera ausência de doença”. Esta definição, a nosso ver, compreende a saúde como um ideal estado de felicidade que, como ideal, muitas vezes só pode ser atingido pelo uso das novas tecnologias disponíveis. Como observa Szapiro (2009),

Nos cabe analisar as conseqüências dessa tecnicização do humano. À medida que a vida passa a ser investida em termos de pura funcionalidade, há que nos perguntarmos como os homens constituirão laço social de modo a se manterem juntos, de modo a fazer sociedade (Szapiro, 2009. Pág. 83).

Se a técnica permite ultrapassar os limites da diferença sexual e da morte como condições inerentes ao humano, então o que está em jogo daqui em diante é tudo aquilo que é “tecnicamente possível”. Trata-se menos de uma questão simbólica do que somos e mais de um problema relacionado à maneira como parecemos ser na sociedade, de modo a que as coisas “funcionem” da melhor maneira possível.

Neste sentido, na máxima foucaultiana “fazer viver e deixar morrer” a dimensão da política parece admitir novos sentidos a partir do momento em que se introduz a questão da técnica. Isto é, não se trata mais se exercer uma política sobre a vida de modo a somente fazer

viver os corpos, mas de exercer uma intervenção técnica de modo a torna-los a expressão da máxima potência humana. A “*bios*” da modernidade se tecnifica na contemporaneidade; uma espécie de “biotécnica” toma a frente da “biopolítica” moderna. Esta última como uma assunção da vida pelo poder, e a primeira como uma assunção da vida pela técnica. Assim também pensa Pedro (2009) quando interroga:

(...) que sentido poderia ter, por exemplo, a expressão foucaultiana “fazer viver e deixar morrer?” quando aplicada a manipulação genômica?-, ressaltamos que é justamente isto que precisa ser problematizado: a micropolítica e suas estratégias que, ao operarem em escala nanométrica, *transmutam a relação vida/morte no par vivo/não vivo*. Trata-se (...) de um lugar político fundamental que passa a ser ocupado pela tecnociência – mais especificamente, pelas práticas que operam em nível nanométrico (Pedro, 2009. Pág. 63).

Para Szapiro (2009) esta mudança na subjetividade nos remete ao abandono de um ideal prometico em favor do sonho faustiano, de ultrapassagem de todos os limites, como o pacto de Fausto com Mefisto, na versão literária de Goethe. No âmbito da saúde estaríamos nos referindo, neste sentido, ao império da técnica sobre o simbólico.

A aventura faustiana, que corresponde aos tempos pós-modernos, representa aqui exatamente a hegemonia da técnica que caracteriza a sociedade biotecnológica atual (Szapiro, 2009). Como Fausto, na ânsia de ter poder sobre a vida, desejamos poder manipular todos os seus elementos e ultrapassar todos os limites.

A novela faustiana, que evidentemente não exploraremos aqui, dizia respeito à tentativa de Fausto de não enfrentar a experimentação do momento presente e deter-se no instante. O corpo é, neste sentido, o que faz obstáculo ao sonho faustiano. Nosso corpo é algo obsoleto, que impõe sempre um limite e convoca o presente: duas instâncias rejeitadas por Fausto, com as quais nós contemporâneos nos identificamos, uma vez que não conseguimos mais nos deter no instante, sempre inquietos e prisioneiros das permanentes transformações que processamos sem cessar (Szapiro, 2009. Op cit.).

No seu texto “*O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano*”, Szapiro (2009) pergunta então quem seria, na atualidade, nosso Mefisto? Segundo a autora, nosso Mefisto se metaforiza neste projeto humano onde o conhecimento foi reduzido a absoluta dimensão de utilidade e de funcionalidade, reduzindo o saber a um mero objeto de consumo como qualquer outro. E complementa que a perspectiva da funcionalidade carrega importantes questionamentos do ponto de vista do laço social, reduzindo este a um mercado de trocas.

Há no drama goethiano um modelo literário que revela um ideal antigo do homem e que, atravessando diferentes épocas, nos fornece uma referência para o que estamos discutindo: “Quão longe podemos ir na satisfação de nossas necessidades? Haveria um limite à nossa aspiração por felicidade, riqueza e domínio? Caso haja este limite, onde começaria o pacto

demoníaco?”⁴³. Não nos atreveremos a responder tais questões, deixando apenas como convite à reflexão.

Gestão dos Riscos: proteção do corpo e ação autônoma em saúde

“Favorecer a multiplicidade das descrições da saúde é definitivamente recusar que qualquer suposta autoridade científica, protegida eventualmente sob o manto da ética, ou qualquer invenção dos manuais de auto-ajuda, legitimada pela maré autonomista, tenha o direito de dizer em que consiste exatamente a saúde e como ela se relaciona com a nossa felicidade” (Nogueira, 2003).

É neste contexto que adquiriu grande ressonância a discussão sobre o *risco* como um elemento estruturante da biossociabilidade e como um parâmetro existencial da vida contemporânea (Amorim & Szapiro, 2005). O indivíduo contemporâneo é marcado pela condição existencial de possuir diante de si uma ampla possibilidade de escolhas. Ele tem, por sua vez, a responsabilidade sobre si mesmo, sobre suas escolhas e sobre os riscos que pretende ou não correr. O indivíduo se constitui como autônomo na sociedade contemporânea, portanto, através da interiorização do discurso do risco e da responsabilidade individual sobre ele (Ortega, 2003).

A autonomia e a liberdade de escolha são prerrogativas inquestionáveis do indivíduo contemporâneo. Mas por outro lado, este indivíduo se situa num paradoxo onde precisa responder a certas exigências de responsabilidade, “suscitada por toda uma nova gramática que define o que é saudável ou não, gramática que tem se ampliado enormemente desde os últimos anos do século XX e cuja idéia fundamental é a de que prevenir doenças é uma tarefa de cada um, principalmente quando se trata de doenças transmissíveis”⁴⁴.

Sendo assim, temos um indivíduo que por um lado é livre para fazer escolhas, mas que por outro é controlado por uma exigência de vigiar a si mesmo e por uma “responsabilidade individual que é própria à ideologia de autoregulação, fundamento da sociedade neoliberal”⁴⁵.

Como vimos, a condição de livre-arbítrio tem se transformado num verdadeiro imperativo de viver a máxima liberdade. No entanto, isto que nos liberta também nos convoca o compromisso de responsabilizarmo-nos por todos os atos e decisões que a liberdade possibilita.

⁴³ Apud Jaeger, M. *A aposta de Fausto e o processo da Modernidade*. In: Estudos Avançados 21 (59), 2007. Pág. 317.

⁴⁴ Ver Amorim & Szapiro, 2005.

⁴⁵ Ver Amorim & Szapiro, 2005.

Nos vemos agora diante de uma nova obstinação, a de não correr nenhum risco, de evitá-los acima de tudo buscando uma vida plenamente saudável (Szapiro, 2005).

Conforme Bauman em “Modernidade Líquida” (2001), “o diagnóstico não tem mais como objeto o indivíduo: seu verdadeiro objeto, em cada vez mais casos, é a distribuição das probabilidades (...). A saúde é cada vez mais identificada com a otimização dos riscos”.

Sem refutar o valor do conhecimento disponível sobre riscos, cuja importância é inquestionável ao permitir delinear regularidades e padrões utilizados na prevenção e no controle de situações potencialmente perigosas para a saúde; temos como objetivo nesta parte do texto, refletir sobre os efeitos dos discursos hegemônicos centrados na noção de ‘risco’, no que diz respeito à produção de novas subjetividades que acompanham as transformações dos sentidos de saúde e doença na atualidade; articulando estas mudanças de paradigma com outra mudança em curso, qual seja o fim do Estado como responsável pela saúde dos indivíduos.

Nesse contexto duas formas principais de autonomização em saúde têm sido invocadas: (1) o empowerment das pessoas e das comunidades, como potência para enfrentar seus problemas de saúde; (2) A responsabilização diante dos riscos em saúde (Nogueira, 2003). Será sobre esta última que nos concentraremos nesta parte.

No campo da chamada Promoção da Saúde, a noção de *risco* como instrumento de responsabilização em saúde passa a adquirir uma força moral que atua pela evocação constante da autonomia, no sentido de se estar consciente do mal que persegue nossos estilos de vida. Dito isso, podemos, então, estabelecer de que modo se dá a conexão entre o conceito de autonomia – tomado no interior desse discurso como enriquecimento e plasticidade das escolhas possíveis – e o conceito de risco.

Ora, a noção de risco só faz sentido para uma sociedade na qual o indivíduo é “livre” para fazer escolher entre diversas possibilidades, de tal maneira que o risco está em ponderar entre o bem e o mal de cada uma destas escolhas. Os velhos pares morais regressam na sociedade pós—industrial sobre o pressuposto dos riscos: bem e mal, certo e errado, virtude e falta (Nogueira, 2003).

A autonomia, por sua vez, se conjuga com a problemática da gestão dos riscos, na medida em que é ela que sustenta a liberdade de escolha e tomada de decisões. Nesse caso, o que traduz a “autonomia” é uma espécie de conversão do indivíduo para os novos valores que sustentam o controle e prevenção dos riscos através dos “estilos de vida”, ou seja, da promoção da saúde.

Entretanto, como alerta Nogueira (2003), esta sentença que liga << autonomia e risco >> é um pouco paradoxal, posto que os riscos são criados e recriados indefinidamente e vão se multiplicando, de tal forma que são tantas condutas a serem seguidas cotidianamente pelos indivíduos, são tantas regras a serem obedecidas, que a autonomia é estreitada e as escolhas deixam então de ser tão plásticas, livres e sem limites. Nesse sentido, a obsessão com os riscos,

se levada ao limite, acaba engessando a autonomia que é requisitada para seu controle e prevenção.

A Epidemiologia, quando relaciona a dúvida com a incerteza na sua teoria dos riscos, ela acaba produzindo um efeito subjetivo que nos faz acreditar que certos estilos de vida são melhores do que outros, desde que cada hábito saudável traduza a percepção e evitação de um dado risco.

O risco, queiramos ou não, anuncia um alerta para os indivíduos em relação às suas escolhas de formas de viver, de tal forma que toda essa produção simbólica dos riscos acaba nos formatando nos moldes de uma suposta “saúde perfeita” produzida pelo discurso científico. A responsabilidade pelos riscos tornou-se então uma obrigação social; e o velho discurso da higiene renasce sob as vestes da saúde promocional e dos estilos de vida saudáveis.

As políticas que enfatizam a ação individual, com o pretexto de nos libertar, acabam nos submetendo a uma nova forma de controle, pois vem ornamentada com as cores e brilhos do discurso da emancipação. Assim, a gestão dos riscos aparece democratizada devido à suposição de que todos temos autonomia de decisão, e ainda de que o indivíduo seria capaz de adotar as indispensáveis medidas preventivas para garantir sua saúde e segurança. Atentemos a este termo “segurança”. Devemos sublinhá-lo e compreender como ele aparece no contexto que estamos analisando.

Castel (2005) em “A insegurança social: o que é ser protegido?” faz uma interessante reflexão sobre as diferentes configurações históricas da insegurança. Ele analisa que nas sociedades pré-modernas, o indivíduo era definido pelo lugar que ocupava na ordem hierárquica (a família, a linhagem, etc). A segurança era, portanto, garantida com base no pertencimento a uma comunidade, que funcionava a partir de um conjunto de normas coletivas bem definidas. A insegurança nestes casos se instalava quando as pessoas se desligam desses sistemas de dependência - proteção comunitária.

Castel assinala que no ideal moderno ser um indivíduo era ser proprietário de si mesmo, conquista ligada à segurança, função maior do Estado moderno. Será a propriedade, diz Castel, que assegurará o indivíduo dos imprevistos da existência. Com o sentido de desproteção resultante das transformações na idéia de Estado⁴⁶ na pós-modernidade, é a propriedade de si que se fragiliza.⁴⁷

Neste sentido hoje apenas os indivíduos que possuem mais recursos poderão garantir a segurança de si mesmos (por exemplo hoje as câmeras de segurança para as residências, os planos privados de saúde, a previdência privada, etc). Mais uma vez vemos como a proteção, a

⁴⁶ A respeito desta transformação do Estado trataremos no item a seguir.

⁴⁷ Como aponta Bauman (2003), hoje não buscamos mais proteção no pertencimento a uma comunidade, e no máximo o que formamos são o que ele chama de “comunidades cabides”.

segurança, a gestão dos riscos, o cuidado com a saúde e todos os demais derivados possíveis passaram atualmente a ser responsabilidade de cada um individualmente.

Na esteira desta discussão emerge a questão, que já estamos tratando desde as páginas anteriores, de que cada um deve ser o gestor de sua vida e de sua saúde, cabendo a cada um “fazer por si mesmo”. De modo que a regulação da vida saudável não é sentida como restritiva, pois carrega a marca da autonomia, do empowerment e nos conduz ao nosso próprio bem estar e qualidade de vida. Temos a ilusão que o comando é interno, mas trata-se de um dispositivo externo que nos atravessa e nos produz, e que aparece como uma “autonomia às avessas” como nos diz Nogueira (2003A).

Compreendemos que se trata de uma *autonomia às avessas* uma vez que a autonomia no sentido do projeto iluminista estava ligada à relação comigo e com o outro, ao grau de esclarecimento que permitisse, na relação consigo mesmo, estabelecer as melhores escolhas dentre a gama de possibilidades, onde algumas escolhas embora muitas vezes desejáveis não são possíveis devido aos limites da convivência e da relação com os outros. Atualmente experimentamos uma vivência da autonomia como uma relação de ‘mim comigo mesmo’, que é a própria noção do “faça você mesmo e por si mesmo”. Algo que, com Dufour (2008) e Stiegler (2004), identificamos como a expressão não mais da individualidade e autonomia no sentido moderno dos termos, mas do egoísmo-gregário pós-moderno.

Neste ponto cabe uma reflexão: o que significa viver uma vida saudável ? O que significa ser saudável no registro do “faça você mesmo”? Que concepções de saúde e de vida estão colocadas no discurso das políticas de promoção da saúde?

Nos modos de subjetivação a regulação da vida saudável combina-se com uma certa idéia de autonomia: a do “faça você mesmo e por si mesmo. O “faça você mesmo” é um modo de subjetivação onde o duplo “regulação sanitária – regulação econômica” se consolida e se torna evidente. Nesse par vemos o projeto mais fundamental do homem pós-moderno – que buscamos identificar no início do capítulo - que deve não só fazer por si mesmo, mas “fazer a si mesmo”, através do investimento no corpo e em todas as formas que representam hoje o ter saúde.

Entretanto, nem todos podem fazer por si mesmos, como por exemplo as camadas da população de baixa renda. Estes parecem experimentar uma apreensão ambivalente da autonomia, pois não têm como prover sozinhas a sua saúde de acordo com as estratégias presentes no documento oficial da Política Nacional de Promoção da Saúde (2006). Assim, ainda que através dos dispositivos de propaganda também sejam atingidas pelo ideário da saúde perfeita, ainda demandam do Estado a responsabilidade e a proteção por sua saúde. No caso do Brasil demandam um Sistema Único de Saúde que coloque suas instituições em melhor funcionamento.

É preciso, deste modo, levantar algumas reflexões sobre os efeitos dos discursos que se baseiam em ações individuais como o discurso da Promoção da Saúde. Nesta dissertação fomentamos um questionamento à ação individual como pressuposto que recebe uma considerável ênfase na Política de Promoção da Saúde, e incitamos o resgate da ênfase que alguns pesquisadores do campo já ousaram dar à questão dos determinantes sociais, questão que parece ter ficado em segundo plano. Mais do que isso, apostamos que a ação individual só é possível quando as condições sociais estão minimamente asseguradas permitindo sua expressão. Logo ela é secundária e deveria ser tratada como uma ação *a posteriori*, e não como a própria ação em si. Caso contrário, estaremos diante de um projeto de uma autonomia idealizada.

Essa mudança de ênfase marca a disposição “de uma vontade política que quer algo mais, melhor e para todos”, como nos dizia Arouca (2003); de uma vontade política que se dedica a construção de condições que contribuam para o alcance da saúde em todas as suas dimensões, e não somente na simples prevenção de riscos e na modificação de comportamentos pessoais.

Sobre a saúde no quadro da ideologia neoliberal

Nossa análise sobre a Promoção da Saúde está atravessada pela compreensão dos processos sociais relativos à crise do Estado de bem-estar social ocorrida nas últimas décadas do século XX. Ainda que o aprofundamento no conhecimento de tais processos não seja propriamente o objetivo principal deste trabalho, é relevante para compreensão das questões aqui levantadas fazermos uma breve explanação da dimensão política e do contexto desta crise.

A ascensão do neoliberalismo, num mundo globalizado, reconfigura as bases ideológicas do Estado de bem-estar, desregulamentando as instituições sociais e subvertendo a lógica da construção de espaços de debates sobre as questões públicas.

Conforme argumentam Paim e Almeida Filho (2000), em países de capitalismo dependente – como é o caso do Brasil que nunca atingiu nem de longe esse Estado de bem-estar, onde adotou-se tão somente alguns dos seus princípios no escopo dos serviços públicos – as políticas neoliberais orientadas pelo mercado entram permanentemente em conflito com aquelas de cunho social, tendendo a inviabilizar as expectativas referentes às políticas de saúde universalizantes.

Assim, pois, as condições sócio-econômicas da sociedade atual, que constituem a subjetividade contemporânea, são em alguma medida causadoras dos sintomas atuais, exigindo o conhecimento dos elementos específicos do modo capitalista; que desde o seu surgimento no século XVII passou por consideráveis transformações. Conquanto esta exposição tenha de ser inevitavelmente esquemática, pretendemos que seja suficiente para informar a base conceitual da nossa análise sobre a saúde no contexto contemporâneo

No capitalismo, que surge na virada do século XVII para o XVIII, a técnica e a indústria estavam ainda em seus primórdios, e as práticas e idéias da cultura medieval ainda exerciam em alguma medida influência sobre as práticas econômicas desse tempo (Fromm, 1959). Por exemplo, considerava-se anticristão que um comerciante procurasse atrair para si os fregueses de outro pela redução dos preços ou qualquer outro atrativo; e ainda existia um forte temor diante das máquinas que pouco a pouco cresciam numericamente. Estas atitudes se fundam em princípios que haviam determinado a vida do homem durante muitos séculos, assim sendo vigorava a idéia de que a sociedade e a economia existiam para o homem e não o contrário.

Já no século XIX modifica-se a atitude tradicionalista dos séculos precedentes no mesmo compasso em que as máquinas se modernizavam e se multiplicavam. As indústrias cresceram e se tornaram imprescindíveis. O ser humano com sua vida, suas expectativas individuais, planos e sonhos começa progressivamente a ser amplamente valorizado pelo sistema, de tal forma que seu lugar vai sendo definido pelos negócios e a produção. Uma das características marcantes do capitalismo do século XIX foi a exploração do trabalhador, e a competição se tornou vivaz. Esta foi uma fase de um capitalismo verdadeiramente privado. Os indivíduos percebiam e aproveitavam as novas oportunidades, adquiriam bens e desfrutavam deste prazer proporcionado pela propriedade.

Ocorreram, no capitalismo, mudanças radicais no tocante à técnica industrial, à economia e à estrutura social entre os séculos XIX e meados do século XX. A mudança mais marcante diz respeito à dimensão de aprimoramento técnico e a ampliação do uso das máquinas a vapor, do motor de combustão interna, da eletricidade e o começo do emprego da energia nuclear. Em meados do século XX encontramos uma tendência cada vez maior no emprego de máquinas reguladas automaticamente, que tem “inteligência própria”, e que causaram mudanças fundamentais em todo processo de produção (Sennett, 2006).

Temos, portanto, uma importante mudança técnica nos modos de produção que aumentou vertiginosamente seu potencial, elevando a capacidade produtiva e conseqüentemente o consumo: tudo passou a estar ao alcance do consumidor, tudo pode ser comprado e vendido. Nas palavras de Baudrillard (2007), “depois de atingido determinado limiar, o aumento da produtividade é quase todo absorvido e devorado pela terapia homeopática do crescimento pelo crescimento”.

Toda lógica econômica passou a repousar no princípio da produção e consumo em massa, de tal maneira que o consumo invade todas as esferas da vida do homem (Dufour, 2008; Baudrillard, 2006). Enquanto no século XIX a tendência era economizar e não gastar com o que não pudesse ser pago imediatamente, o capitalismo do século XX radicalizou em seu oposto incitando todos a consumirem desenfreadamente. A publicidade, por sua vez, passou a ser peça fundamental para estimular poderosamente o desejo e necessidade de consumir.

Ford é o nome muitas vezes utilizado para caracterizar a fase de capitalismo industrial, com suas máquinas pesadas e imponentes. No final do século XX assistimos a uma passagem do que Bauman chamou de “sociedade dos produtores” referindo-se ao capitalismo industrial, para uma “sociedade de consumidores” caracterizando então um capitalismo pós-industrial, que é o capitalismo contemporâneo. Em suas palavras, “tendo deixado o lastro formado por máquinas pesadas e grandes equipes nas fábricas, o capital viaja leve, apenas com a bagagem na mão, uma pasta, um laptop e um aparelho celular”.

Após a II Guerra Mundial, iniciou-se o mais longo período de crescimento contínuo do capitalismo, abalado apenas pela crise do petróleo, em fins de 1973. Esta crise gerou condições definitivamente diferentes das existentes anteriormente e obrigou o conjunto de nações a tomar uma série de medidas a respeito do papel do ouro nas relações monetárias internacionais. Após 1973, as taxas de câmbio de cada país passaram a flutuar e seu valor passou a ser determinado dia a dia. Nas últimas décadas, a globalização da economia tornou cada vez mais importante o sistema financeiro internacional.

Após a crise do petróleo de 1973, muitos começaram a defender a idéia de que o governo já não podia mais manter os pesados investimentos que haviam realizado após a II Guerra Mundial, pois agora tinham déficits públicos, balanças comerciais negativas e inflação. Defendiam, portanto, uma redução da ação do Estado na economia. Essas teorias ganharam força depois que os conservadores foram vitoriosos nas eleições de 1979 no Reino Unido e, de 1980, nos Estados Unidos (eleição de Ronald Reagan para a presidência do país). Desde então passou a vigorar uma tendência dos Estados em apenas preservar a ordem política e econômica, deixando as empresas privadas livres para investirem como quisessem. Além disso, os Estados passaram a desregular e a privatizar inúmeras atividades econômicas antes controladas por eles.

Costuma-se identificar como marco inicial para a assim chamada “Nova Ordem Mundial” a queda do Muro de Berlim, com tudo o que simbolizou em termos políticos, econômicos e ideológicos. O Muro de Berlim não apenas separava uma cidade e um povo, mas simbolizava também um mundo dividido pelos sistemas capitalista e socialista. Evidentemente, muitos aspectos anteriores já indicavam uma nova era econômica em formação, em todo caso a sua destruição, iniciada pelo povo de Berlim na noite de 9 de novembro de 1989, pôs abaixo não apenas o muro material, mas mais do que isso, rompeu com o mais significativo símbolo da Guerra Fria: a bipolaridade.

O século XX termina com o colapso do sistema social e com o aparente esgotamento das energias utópicas do mundo (Stotz e Araújo, 2004). O triunfo do capitalismo é seguido pelo retraimento das conquistas sociais. A derrota do movimento operário no centro do sistema capitalista significa, para Stotz e Araújo (2004), o sentido mais forte da época neoliberal em que

vivemos desde então. Trata-se de um processo que se arrasta ao longo dos anos desde a década de 80.

Quando se afirma a existência de governos "neoliberais", a utilização do [prefixo](#) 'neo' não se refere a uma nova corrente do [Liberalismo](#), mas à aplicação contemporânea de alguns dos preceitos liberais consagrados no início do século XVII, na Inglaterra, com [John Locke](#). O declínio do liberalismo clássico remonta ao final do [século XIX](#), e com a quebra da Bolsa de Valores de Nova York em [1929](#), e a subsequente [Grande Depressão](#), a queda foi então vertiginosa.

O movimento neoliberal foi uma tentativa de resposta à crise e caracterizou-se, num primeiro momento, pela mudança da postura liberal em relação ao papel do Estado na vida econômica das democracias capitalistas. Num segundo momento, que coincide com a crise da economia mundial da década de 1970, distinguiu-se pela adoção de critérios de eficiência e de busca de solução de problemas específicos do estado de bem-estar social e de progresso econômico nos moldes do capitalismo contemporâneo. Adquiriu características nacionais específicas nos diversos países em que ocorreu e traduziu as posições dos partidos políticos que adotaram seus postulados.

A superação neoliberal da crise na qual mergulhava o sistema capitalista implicou uma nova forma de perceber a realidade social, ou seja, uma percepção de que as relações entre os indivíduos e as instituições sociais não deveriam ser baseadas nos direitos universais e nos princípios da cidadania, mas na capacidade de cada indivíduo em prover autonomamente sua vida, cabendo-lhes a escolha dos meios socialmente disponíveis para assegurar essa provisão (Stotz e Araújo, 2004).

A expansão dos interesses e modo de funcionamento das relações capitalistas opera mediante a dissolução das fronteiras entre as esferas pública e privada, a exemplo da substituição da noção de cidadania pela idéia de responsabilidade repartida entre os indivíduos, as empresas, as iniciativas sociais do terceiro setor e das “parceirias” estabelecidas com o Estado para fazer funcionar a sociedade de bens e serviços (Stotz e Araújo, 2004).

Parceiria, aliás, é um termo recorrente na linguagem contemporânea, geralmente associada ao uso de recursos públicos pelas organizações não-governamentais que assumem a provisão de serviços. Mas também a vemos sendo empregada para se referir às relações humanas. O universo simbólico da sociedade parece tomado pelos termos da cultura empresarial: os professores passam a ser chamados de “facilitadores”, os alunos “clientes”, os funcionários “colaboradores”, os casais “parceiros”, etc.

Atualmente, as políticas que coadunam com o ideário neoliberal têm contribuído para o aumento da desigualdade entre países, regiões e grupos sociais, afetando principalmente os países mais pobres. No coração desta ideologia encontramos uma visão que restringe, para não

dizer que anula, o papel do Estado. Este é considerado como uma barreira ao desenvolvimento das forças do mercado, e portanto, preconizam que deve haver uma reforma que leve a uma espécie de “Estado-Empresarial” livre das amarradas da burocracia, fluido, eficaz e produtivo (Carvalho, 2007).

Com isso, naturalmente esse pensamento considera um atraso o investimento em políticas sociais universalistas e redistributivas, pois estas ações retirariam recursos que poderiam ser aplicados em áreas produtivas que subsidiariam bens e serviços que o mercado poderia oferecer. Além disso, criticam as políticas universalizantes por considerá-las responsáveis pelo desestímulo ao trabalho e à competição, o que enfraquece o desenvolvimento das economias nacionais.

Na lógica neoliberal caberia ao setor privado, portanto, fornecer serviços de segurança, educação, transporte, fornecimento de energia. Por conta disso grande parte do patrimônio público vêm sendo vendido e entregue nas mãos da iniciativa privada. A saúde, que é o que nos interessa mais de perto, deixa de ser considerada como um bem comum para se colocar como uma mercadoria que deve obedecer às regras do mercado como outra qualquer. A este respeito, Berlinguer argumenta que:

Parece freqüentemente que os negócios e as mercadorias têm prioridade sobre a vida dos cidadãos. Deve-se afirmar em vez disso que do ponto de vista ético, a saúde tem um duplo valor moral: é essencial para a qualidade da vida e para a vida, e é instrumental como pré-condição da liberdade (Berlinguer, 2008).

Atualmente, e cada vez mais, vemos surgir diversas formulações teóricas e estratégias que partem da premissa de que a atuação do Estado deve ser mínima e voltar-se unicamente para a garantia dos serviços essenciais para os comprovadamente pobres, cabendo ao setor privado oferecer os demais serviços, de mais alto rendimento, para as classes que podem pagar por eles. E devido a discursos como estes, o Sistema Único de Saúde vem se tornando um “sistema para pobres”.

A estas considerações podemos acrescentar que o atual discurso da participação e do fortalecimento da ação autônoma também tem sua face neoliberal. Assim, um dos pontos centrais da formação das estratégias que sustentam os alicerces da saúde promocional é sua relação com uma profusão de discursos contemporâneos que a ultrapassa. Para realizarmos uma análise profunda desta questão propomos pensar a promoção da saúde como uma prática social, em sua articulação com um certo modo de produção: o capitalismo ultraliberal. Ou como Sennett prefere nomear, “novo capitalismo”⁴⁸.

A noção idealizada da autonomia presente nos temas promocionais parece promover alguns impactos no campo da saúde: Pois, enfraquecendo a idéia que cabe ao Estado a autoridade

⁴⁸ Ver Sennett, 2006. *A cultura do novo capitalismo*.

política de implementar ações de saúde, a Nova Saúde Pública e o discurso da ‘promoção’ correm o risco de fazer eco com a ideologia neoliberal em voga, usando o autocuidado e a “ilusão por maior autonomia” como justificativas para tornar aceitável a ausência de uma verdadeira política pública de Estado, hoje transformada, no caso do Brasil, em um exercício bem sucedido de visão dos recursos destinados à saúde como “gastos em saúde”.

Nogueira (2003) também parte desta reflexão dizendo que:

(...) A tão provalada crise fiscal do Estado acabou por impor uma lógica de gastos que busca justamente maior efetividade e eficácia das ações públicas no campo da saúde, e para esse fim as diversas fórmulas de autonomia do cuidado são apontadas como soluções adequadas (Nogueira, 2005. Pág.65).

Do ponto de vista das políticas neoliberais, a tendência em reforçar a ação autônoma parece vinculada à preocupação com os custos globais do cuidado. O controle dos riscos, desta maneira, passa a ser sinônimo de controle dos custos e exige esforços diversos para transformar cada “cliente” e cada família em indivíduos responsáveis por sua saúde. Como sinaliza Berlinguer (2008):

A partir dos anos 80, o objetivo da saúde para todos os seres humanos afastou-se do horizonte político. À idéia de que pode ser uma finalidade do desenvolvimento, um multiplicador dos recursos humanos e uma prioridade do compromisso público, opôs-se a tese de que os sistemas universais de cuidados de saúde são um peso para as finanças dos Estados e um obstáculo para o crescimento da riqueza (Berlinguer, 2008).

Chai (2000) argumenta que a seu ver parece óbvio que o projeto da modernidade, como o projeto da autonomia, iria esbarrar inevitavelmente em um grande obstáculo; porque se nos libertamos da subordinação à teologia, à religião e à subordinação ao poder absoluto ou ao antigo regime, hoje nos vemos na difícil tarefa de enfrentar um outro poder - mais terrível porque imperceptível-, que é o poder do mercado. Portanto a luta pela autonomia se realiza sob um processo tortuoso e em constante retrocesso devido a determinação promovida pelo capitalismo e pelas leis do mercado.

Então seria ilusório, ainda com base no argumento da autora, querer discutir a questão da autonomia “fazendo de conta” que a determinação do mercado não existe ou que ela é irrelevante. Ou buscando ignorar a determinação de todas as instituições sociais, no modo de produção capitalista, pelo mercado. Nas palavras de Chai (2000), “*ao contrário, a determinação pelo mercado é a ratio ultima das instituições*”. Ou como já pontuamos com Dufour (2009), o modo de funcionamento da ideologia neoliberal desregulamenta não só a economia-econômica, mas também a economia-psíquica, a economia-simbólica, etc.

Sendo assim, a questão que a autonomia nos coloca na contemporaneidade é justamente a busca pela compreensão a respeito da determinação pelo mercado e com isso a interdependência entre todas as instituições sociais na sociedade capitalista; não de maneira a aceitar tais conjunções prontamente e disso derivar a conclusão de que nada pode ser feito. Ao contrário,

como diz Chaui (2000), “a busca pela autonomia é aquela que compreende esse processo, explica esse processo, resiste a ele e cria as armas de combate teórico e prático contra isso”.

Compreender esse processo significa, por assim dizer, lançar luzes sobre a origem das nossas instituições, identificar seus problemas e contradições e quais são os fatores que provocam o bloqueio do exercício da autonomia.

Com isso podemos recolocar a discussão sobre o “custo” em saúde de forma diferente ao argumento de que ele é muito caro, que os serviços são ineficientes, e que os ricos devem pagar pelos pobres. Este senso comum social corrobora para a corrosão da legitimidade da instituição pública.

No caso do discurso da promoção da saúde, esta parece apostar que a ação individual tem força suficiente para provocar as transformações necessárias à sociedade brasileira. Como conseqüência, a sensação de controle do indivíduo sobre o processo saúde-doença pode contribuir, de passagem, para justificar o argumento de que é possível assegurar a saúde sem que seja necessário realizar esforços por parte do Estado (Carvalho, 2004A); colocando a problemática da saúde num lugar absolutamente deslocado de toda uma patologia contemporânea do laço social.

Não por acaso nos Estados Unidos, por exemplo, políticas conservadoras vêm combinando as noções de *empowerment* e risco com a ideologia política da responsabilidade pessoal para sugerir que as pessoas individualmente devem contar consigo antes de recorrer a serviços prestados por instituições estatais (Carvalho, 2004). Na ordem capitalista atual, a utilização pouco rigorosa – ou politicamente interessada - da categoria *empowerment* pode servir de justificativa para a diminuição na prestação de serviços sociais e de saúde em tempos de desmonte do aparelho estatal. De tal maneira que a regulação sanitária passa por uma regulação econômica e, portanto, opera segundo a mesma lógica do mercado.

Com isso a saúde vem deixando de ser concebida como um bem público e um dever do Estado, passando a ser compreendida como um bem de consumo. No coração desta mudança encontramos um novo paradigma sanitário em vias de se constituir, que vem junto com transformações no próprio conceito de saúde. Este novo paradigma, como sinaliza Carvalho (2007), passa a dominar o pensamento sanitário das principais agências de financiamento como o Banco Mundial.

O protagonismo do Banco Mundial sobre a política de saúde dos países de capitalismo periférico revela-se nos documentos por ele produzidos nesta área, os quais contêm orientações para as políticas estatais a serem implantadas, mediante disponibilização de empréstimos.

Os documentos produzidos pelo Banco Mundial para orientar a política de saúde no caso brasileiro - um do ano de 1991, “*Brasil: novo desafio à saúde do adulto*”, e outro de 1995, “*A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*” -

defendem a ampliação do setor privado na prestação de serviços de saúde ao enfatizar o papel regulador e financiador do Estado, incentivando-o a repassar recursos para “qualquer entidade” prestar os serviços de saúde (Cf. Banco Mundial, 1991, p.117). Justifica a defesa da participação da rede privada por sua maior eficiência e melhor qualidade dos serviços prestados, pois, segundo o Banco “(...) os serviços prestados pelas EMS⁴⁹ são comprovadamente superiores aos serviços públicos disponíveis (...)” (Banco Mundial, 1991, p. 119).

Como exemplo podemos ainda observar que o Banco Mundial, em conjunto com a Organização Mundial da Saúde, patrocinou em 1991 atualizações nos princípios do movimento da Promoção da Saúde, nele incorporando a questão do desenvolvimento econômico e social sustentado como importante pauta extrasetorial para o campo da saúde (Paim e Almeida Filho, 1998).

Como analisam Paim e Almeida Filho (1998), muitas destas reformas setoriais não chegam a ser concebidas nem debatidas pelas escolas de saúde pública, e muitas vezes não passam nem pelos ministérios da saúde, sendo negociadas diretamente entre as agências financeiras e as áreas econômicas dos governos.

Com isso percebemos que o Banco Mundial não é hoje somente um provedor de dinheiro que move economias, mas é também um provedor de políticas e de discursos que move sociabilidades e subjetividades. E esta reflexão é, a nosso ver, das mais importantes.

Assim é que um dos eixos básico da saúde promocional, como vimos, é fortalecer a idéia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que buscamos apontar ao longo da dissertação foi, então, que concepção de autonomia é efetivamente proposta e desenvolvida por esse campo de conhecimento? Na visão de Castiel (2007) estamos diante de um problema de inteligibilidade das categorias disponíveis. O entendimento do que é ser livre, por exemplo, ele mesmo pode ser ambíguo em tempos pós-modernos: somos livres para a ação política ou somos livres para escolher identidades frágeis a serem consumidas? Somos livres para escolher trajetórias sociais alternativas ou somos livres para acompanhar as flutuações do mercado? São questões a serem pensadas quando se discute a noção de autonomia na contemporaneidade.

O desafio que se enfrenta atualmente no campo da saúde é, portanto, não descartar a idéia da ação autônoma – para também não cairmos naquilo que Illich chamou de iatrogênese cultural⁵⁰-, ao mesmo tempo em se coloca a necessidade de realizar uma crítica das versões atuais de autonomia, que possam ser colonizadas e manipuladas pelas novas políticas liberais.

Talvez ainda seja fundamental dentro do contexto brasileiro reafirmarmos que a “saúde é direito de todos e dever do Estado”, e o caminho para a efetivação desse objetivo deveria ser a

⁴⁹ As Entidades de Manutenção de Saúde – EMS são todas as formas de planos de saúde e as cooperativas médicas.

⁵⁰ Segundo Illich, a medicina difunde três principais formas de iatrogênese. Iatrogênese clínica, iatrogênese social, e a iatrogênese cultural, que diz respeito à destruição do potencial cultural das pessoas e das comunidades para lidar de forma autônoma com a enfermidade, a dor e a morte (Nogueira, 2003).

retomada da ação política coletiva e pública, que promovam maior justiça social. A implantação de políticas sociais, públicas e de caráter universalizante requer a participação ativa do Estado (Carvalho, 2004). Afirmações como estas são especialmente importantes no caso do Brasil, onde o SUS se constitui como um dos poucos serviços de proteção social à disposição dos cidadãos.

Considerações Finais

Pensamos ser fundamental a discussão sobre o cenário no qual se assenta hoje o discurso da promoção da saúde. Como utopia da saúde perfeita, cria-se hoje uma rede conceitual e prática que vem produzindo efeitos significativos do ponto de vista das transformações subjetivas.

Consideramos que o campo discursivo da Promoção da Saúde parece remeter a uma concepção de indivíduo disciplinado, com uma racionalidade que o habilitaria a ser responsável por sua saúde. Ainda que concordássemos com a compreensão do que é saúde tal como explicitada pelo discurso da promoção da saúde, há que observar que nem todos podem alcançar o padrão de “boa saúde” ali proposto. Isto porque o acesso a uma alimentação nutritiva e saudável, a espaços adequados para o lazer, ambientes propícios para a prática de esportes, informações básicas sobre o cuidado com a saúde, etc, tudo isso não está unicamente ligado à questão da mudança de hábitos individuais.

Assim pensamos que o discurso da Promoção da Saúde ao enfatizar a questão dos “estilos de vida” detem-se na superfície do problema da saúde, onde a “mudança de hábitos” é apenas a ponta do iceberg. Mais no fundo, lá aonde tais políticas não conseguem alcançar, há uma série de fatores de natureza social e econômica, ligadas a uma desigualdade nas condições de vida da população, que inviabilizam a adoção dos comportamentos saudáveis recomendados; revelando que para cuidar da saúde da população é preciso muito mais que prescrições sobre os hábitos de vida. Ora, para se “cuidar da saúde” é necessário uma cadeia gigantesca de fatores importantes, o que faz da escolha individual uma questão secundária.

Na verdade, parece haver uma lacuna entre a individualidade como uma espécie de “natureza” de todo homem contemporâneo, e a individualidade como capacidade prática para a auto-afirmação, isto é como a real possibilidade de agir de maneira autônoma e de concretizar as escolhas realizadas. As pessoas com menos recursos, e conseqüentemente com menos possibilidade de concretizar suas escolhas, provavelmente não têm outra opção a não ser atuar como se a individualização tivesse sido atingida e buscar compensar seus limites individuais juntando-se em redes de cooperação empenhando ações coletivas, que na Política Nacional vemos claramente nas estratégias que reforçam a participação comunitária e o empowerment comunitário. Bauman (2009) considera que a ação coletiva, orientada por um discurso de

classe, chegou até as camadas mais desfavorecidas na escala social de forma tão “natural” e “verdadeira” como a busca individual dos objetivos e planos de vida chegou aos empreendedores jovens das classes mais favorecidas. Ele diz que

As privações se somaram, por assim dizer, e se congelaram em “interesses comuns” – e foram vistas como tratáveis apenas por um remédio coletivo: o “coletivismo” foi uma estratégia atraente para aqueles que estavam do lado receptor da individualização, mas que se viam incapazes de se auto-afirmar como indivíduos por meio de seus próprios e escassos recursos (Bauman, 2009. Pág. 64).

Bauman (op.cit.) argumenta ainda que “na terra da liberdade individual de escolha, a opção de escapar à individualização e de se negar a participar do jogo individualizante não faz parte, de maneira alguma, da agenda”⁵¹. De tal maneira que se os indivíduos ficam doentes é porque não foram eficazes o bastante ao seguirem o regime de saúde. Se ficam desempregados é porque falharam ao aprender as habilidades para se saírem bem numa entrevista. Se não estão seguros a respeito de suas carreiras futuras e se angustiam quanto ao futuro é porque não são bons o suficiente em influenciar pessoas e construir uma rede de relações. Isto é, os riscos e contradições continuam sendo produzidos socialmente, muito embora a necessidade de lidar com eles estão sendo individualizados.

Como aponta Nogueira (2003b) o discurso que aposta na ação autônoma não passa de uma ilusão uma vez que abstrai a causalidade estrutural das condições de existência da sociedade, e através de um somatório de condutas isoladas prescritas em nome de um “bem estar”, pretende transformar tudo aquilo que no fundo depende mais das condições históricas que criam as desigualdades entre os homens. O discurso da autonomização, portanto, recorre às estratégias individuais para dar conta das contradições sistêmicas, o que já é por si só bastante complicado.

O cenário no qual se assentam as políticas de saúde não parece levar em conta o contexto histórico-social da sociedade brasileira, de tal maneira que Carvalho (2007) interroga sobre a pertinência de importar para o Brasil de maneira a-crítica o modelo canadense de promoção da saúde, sem considerar que o contexto de nosso país é demasiadamente diferente do país oriundo, que por sua vez possui boa distribuição de renda e uma condição sócio-econômica que permite um razoável acesso da população a bens e serviços públicos.

A isto acrescentamos que, como já mencionamos, a saúde promocional em suas formulações científicas não costuma dedicar a necessária atenção às questões relativas a seus fundamentos conceituais. Ao tratar do tema da ‘autonomia’, a promoção da saúde tangencia um campo de discussão que exige aprofundamento teórico. A questão da autonomia tal como é colocada pela promoção da saúde é uma discussão complicada que guarda um grande problema teórico. O problema da liberdade, da autonomia x controle, como vimos, tem sido objeto de

⁵¹ Ver Bauman, 2009. Pág. 64.

estudo de diversos filósofos ao longo de toda história do pensamento ocidental; e a promoção da saúde através da mal definida categoria *empowerment* parece tentar resolver com excessiva simplicidade a questão da autonomia, que inquieta há muito tempo grandes pensadores da história da filosofia. Como conseqüência este campo sofre de graves fragilidades teóricas que acabam enfraquecendo suas ações. Devemos de antemão, interrogar de que autonomia se está falando. O conceito de autonomia trazida pela saúde promocional parece colocá-la como “algo a ser possuído”, e as ações de promoção seriam como degraus de uma escada que conduz ao bem maior que é a autonomia, que estaria lá no topo esperando para ser atingida. Ou seja, autonomia no sentido de algo que se tem ou não.

A autonomia não é algo que alguém “possua”. Menos ainda podemos pensá-la no esquema de degraus ascendentes. Autonomia diz respeito a uma certa maneira de se posicionar em determinadas situações e relações. Isto é, a autonomia é mais uma maneira de atuar no mundo do que uma essência humana ou uma virtude a ser atingida. Então, se é uma maneira de atuar, ora atuamos de maneira mais autônoma, ora menos.

Neste sentido, torna-se extremamente difícil trabalhar corretamente e de modo prático a construção de um conceito bem definido de promoção da saúde sem enfrentar primeiramente algumas questões fundamentais, dentre elas a necessidade de maior reflexão filosófica.

Tratar da questão da liberdade e da autonomia, como pudemos perceber, não é uma tarefa simples. Primeiramente por se tratarem de conceitos diametralmente abrangentes, permitem uma série de definições e entendimentos diferentes. E ainda, no caso da discussão sobre o cuidado autônomo em saúde, nos vemos diante de um verdadeiro impasse: pois se por um lado podemos criticar as ações que responsabilizam o indivíduo pelo cuidado com sua saúde, por outro lado - como sinalizou Illich no estudo sobre a *Nêmesis da Medicina* - o saber médico institucionalizado ameaça a saúde na medida em que retira do indivíduo e das comunidades sua potencialidade para lidar de forma *autônoma* com a enfermidade, a dor e a morte.

Neste sentido da crítica illichiana, podemos dizer que a Promoção da Saúde se configurou como uma proposta inovadora reforçando a ação autônoma num campo que outrora era inquestionavelmente pertencente à “organização clerical da medicina”, usando uma expressão de Illich.

Entretanto, o próprio Illich percebeu a complexidade do tema e a aridez do terreno onde lançou suas críticas, quando na década de 1980 realizou certos reparos teóricos em relação à *Nêmesis*. De certa maneira, como aponta Nogueira (2003), as idéias autonomistas da primeira crítica de Illich foram “capturadas” por quem ele havia criticado mais severamente – os profissionais de saúde, o Estado e as agências internacionais.

Portanto, o prisma desta discussão possui diversas arestas e, portanto, deve ser analisado levando em conta suas diferentes faces, pois se por um lado a medicina comporta uma concepção

passiva da saúde que anula o sentido de autonomia das pessoas, por outro “a própria noção de autonomia e responsabilidade individual pode ser manipulada pelas forças do mercado e pelos arautos do neoliberalismo”⁵².

Observamos a partir do que foi pesquisado uma mudança no sentido da noção de liberdade e autonomia na contemporaneidade. Originalmente, o que prometiam os pensadores do iluminismo era uma liberdade de fazer coisas e refazê-las para melhor se adequarem à existência humana. Tinham em mente uma liberdade cujo elemento primordial era o poder de fazer juízos racionais. Era na capacidade humana de agir, na capacidade coletiva da espécie de corrigir os erros e descuidos da natureza e os seus próprios erros, que se esperava encontrar um alicerce para a liberdade individual. Só dentro da coletividade é que o indivíduo poderia ser realmente livre, sem a escravidão de suas paixões e desejos irracionais.

A liberdade cuja chegada se anuncia na atualidade tem apenas uma remota semelhança com aquela outrora prometida. E encontramos hoje um sentido de *liberdade* como sinônimo de “*responsabilidade individual*”. A liberdade que hoje experimentamos parece definida pela ausência de restrições impostas pela lógica da filosofia neoliberal do “laissez-faire”. Desta maneira, a liberdade que reivindicamos seria a de “poder consumir o que quisermos”.

A aposta do Iluminismo na liberdade da espécie humana como um todo foi privatizada, como tantas outras coisas, e passou a se traduzir nos dias atuais como a liberdade de cada um dos indivíduos. Sem a crença num propósito coletivo do todo social, os indivíduos, cada um por si, são responsáveis por dar sentido as suas vidas.

Quanto à noção de autonomia, vimos que em Kant era colocada como um problema essencialmente moral ligado à busca de pensar por si mesmo. Hoje parece tratar-se de um problema essencialmente econômico ligado à maneira de auto-administrar a própria vida e, no caso, a saúde.

A noção de autonomia contemporânea parece não estar mais ligada a idéia de pensar por si mesmo para buscar um posicionamento singular no mundo considerando o pertencimento a uma coletividade, mas à idéia de se constituir a partir de si mesmo. *Autonomia*, portanto, como sinônimo de “*auto-determinação*”. Dufour trata desta mesma problemática dizendo que

(...) em autonomia, há o *nomos*, a lei, que deveria ser integrada sob modalidades criativas. Não falo da caricatura de autonomia proclamada pelo mercado que hoje dismantela, em nome da governança, isto é, da providência auto-reguladora, todas as instituições e que, na verdade, visa apenas deixar cada um isolado diante da mercadoria. Falo de um verdadeiro projeto de autonomia tal como é, desde as origens, dirigido pela filosofia. Programa extraordinariamente exigente cuja visada seria tentar enfim pensar por si mesmo (Dufour, 2008. Pág. 95)

Essas transformações se materializam em diversas práticas sociais atuais, como as políticas de saúde marcadas pelo discurso da autonomia e da responsabilidade individual. A

⁵² Ver Nogueira, 2003.

maioria destas políticas parecem fascinadas pelo tipo de liberalismo que opta por não enxergar as conseqüências “egregórias” de um tipo de liberdade pessoal que não incorpora a dedicação dos cidadãos à busca do bem comum. Isto porque somente esta liberdade, com sua versão de mercado, pode sustentar a produção de toda uma conduta humana necessária ao funcionamento da economia global (Dufour, 2008).

Os discursos contemporâneos sobre a saúde participam, ainda, da fabricação de um novo sentido de vida e de morte (Szapiro, 2009). A responsabilidade pela própria saúde parte de um registro que significa a vida em termos biológicos e funcionais. Assim sendo, do ponto de vista de seu alcance biopolítico, compreendemos que o discurso da Promoção da Saúde seria uma forma de regulação sanitária que opera sobre a “vida nua”, que segundo este conceito de Agamben (1998), refere-se à tomada da vida enquanto uma realidade puramente biológica. Retomando a reflexão deste autor, na verdade, vida e morte não são propriamente evidências da natureza, nem tampouco conceitos científicos, mas são antes de tudo realidades políticas que, como tais, só adquirem um significado se pensadas a partir da sua dimensão biopolítica. Agamben indica que o exercício do poder soberano se sustenta mais do que nunca no biopoder procedendo ao cruzamento das ciências médicas com as biológicas. A “vida nua” estaria, portanto, no centro da biopolítica contemporânea, e que já não se encontra mais confinada num lugar particular como foi feito nos campos de concentração, mas habita hoje no corpo biológico de cada ser vivo e no seu auto-governo.

A Promoção da Saúde, do ponto de vista desta gênese conceitual que quisemos traçar desde a primeira página, nos parece ligada aos sintomas característicos da pós-modernidade e produzida neste contexto de imperativo de viver a máxima liberdade, e carrega um novo sentido de saúde que por sua vez conduz a uma desregulamentação desta.

De fato a sociedade do consumo e o discurso liberal do “novo capitalismo” contribuem para o aparecimento desse tipo de discurso. Assim sendo, buscamos mostrar que o discurso da Promoção da Saúde seria uma conseqüência de todo este volume de transformações, derivando de todo um contexto mais amplo, sob as vestes de Política Nacional como discurso oficial da OMS, correspondendo ao discurso liberal do Banco Mundial.

Portanto, pensamos que a Política Nacional de Promoção da Saúde é o lugar discursivo onde tais transformações sobre a noção de autonomia e sobre o conceito ampliado de saúde aparecem de maneira bastante reveladora. A Promoção da Saúde é a vitrine dessas transformações colocando-se totalmente em consonância com o contexto de novas sociabilidades e cuja ênfase repousa na maximização do valor da liberdade individual. Concordando com Dufour (2008) para quem o discurso ultraliberal provoca impactos em diversas esferas humanas, pensamos que tais impactos também se alastram no campo da saúde e se traduzem no novo discurso da saúde promocional.

Referências Bibliográficas

- ABENSOUR, M. *Sobre o uso adequado da hipótese da servidão voluntária?* In: Novaes, A.(org.) *O Esquecimento da Política*. Rio de Janeiro: Agir, 2007.
- AGAMBEN, G. *O poder soberano e a vida nua – homo sacer*. Lisboa: Editorial Presença, 1998.
- AGUIAR, O.A. *A questão social em Hannah Arendt*. In: *Trans/Form/Ação* v.27, n. 2, 2004.
- AMORIM, C. & SZAPIRO, A.M. *Reflexões sobre a prevenção ao HIV/Aids no contexto da Pós-Modernidade*. Artigo publicado no CDrom dos ‘Seminários de Pesquisa’ do Programa EICOS de Pós-Graduação/ IP/ UFRJ, 2005.
- ARENDT, H. *Condition de l’homme moderne*. Calmann-Lévy, 1961.
- _____. *Origens do Totalitarismo*. Trad. Roberto Raposo. São Paulo: Companhia das Letras, 1990.
- _____. *O que é Política?* Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2007.
- AROUCA, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- BACHELARD, G. *A formação do Espírito Científico*. Rio de Janeiro: Contraponto, 1996. 6ª reimpressão.
- BANCO INTERNACIONAL DE RECONSTRUÇÃO E DESENVOLVIMENTO / BANCO MUNDIAL. *Relatório sobre o desenvolvimento mundial 1993: investindo em saúde*. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas, 1993.
- _____. *Brasil: novo desafio à saúde do adulto*. Washington, D.C., 1991(série de estudos do Banco Mundial sobre países).
- _____. *A Organização, Prestação e Financiamento da Saúde no Brasil: uma agenda para os anos 90*. Washington, D.C., 1995 (Relatório nº 12655 – BR).
- BAUDRILLARD, J. *A sociedade de consumo*. Lisboa: Edições 70, 2007.
- BAUMAN, Z. *Em busca da política*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2000.
- _____. *Modernidade Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2001.
- _____. *Comunidade: a busca por segurança no mundo atual*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2003.
- _____. *Vida Líquida*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2007.
- _____. *A sociedade individualizada*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2008.
- BAKHTIN, M. ; VOLOSHINOV, V.N. *El marxismo y la filosofía del lenguaje*. Madrid: Alianza, 1992).

BERLINGUER, G. *Globalização, Equidade e Saúde*. Conferência proferida no II Fórum de Saúde do Algarve – “Globalização e Saúde”. Em 29 de Maio de 2008. Disponível em www.arsalgarve.minsaude.pt

BERTHIER, P. *Grandeur et décadence de l'idée de volonté dans la formation du sujet contemporain*. Seminário proferido no Programa Eicos de Pós-Graduação (UFRJ), nos dias 29, 30, 31 de outubro e 3 de novembro, 2008.

_____. *Atualidade de Jonh Dewey*. In: SZAPIRO, A.M (Org.). *Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

BIRMAN, J. *A physis da saúde coletiva*. In: *Physis*. Rio de Janeiro, v.15, supl.0, 2005.

BOÉTIE, E. *Discours de la servitude volontaire*. Paris : Mille et une nuits, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, 2006.

BUSS, P.M. *Una Introducción al concepto de promoción de la salud*. In: *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Czeresnia, D. y Freitas, C.M. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. 1ª edição.

BYDLOWSKI, C.R. e all. *Promoção da Saúde. Porque sim porque ainda não!*. In: *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, 13(1): jan/abr, 2004.

CAMARGO JR., K.R. *A biomedicina*. In: *Revista Physis*. Rio de Janeiro, v.15, supl. 0, 2005.

_____; SOARES, J.C.R.S. *As armadilhas da concepção positiva de saúde*. In: *Revista Physis*. Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007(a).

CAMPOS, G.W.S. *Da Medicina Preventiva à medicina baseada em evidências*. In: Arouca, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

_____; BARROS, R.B.; CASTRO, A.M. *Avaliação de política nacional de promoção da saúde*. In: *Ciência e Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul/set. 2004.

CANGUILHEM, G. *O Normal e o Patológico*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002. 5ª ed.

CAPRA, F. *O Modelo Biomédico*. In: *O Ponto de Mutação*. São Paulo: Editora Cultrix, 2005. 25ª ed.

CARVALHO, S.R. *As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social*. In: *Ciência & Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v.9, n.3, jul./set. 2004 (A).

_____. *Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde*. In: *Cadernos de Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, 20(4): 1088-1095, jul-ago, 2004 (B).

_____. *Saúde Coletiva e Promoção da Saúde: Sujeito e Mudança*. São Paulo: Hucitec, 2007. 2ª ed.

CASTEL. R. *A insegurança social: o que é ser protegido?* Petrópolis: Vozes, 2005.

- CASTIEL, L.D. *Força de vontade: aspectos teóricos-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/Aids*. Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.30, n 1, fev.1996.
- _____. *Promoção da Saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria 'comunidade'*. In: Revista de Saúde Pública. V. 38, n.5, São Paulo, 2004.
- _____; DIAZ, C.A-D. *A saúde persecutória - os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.
- CASTORIADIS, C. *L'individu privatisé*. Le monde diplomatique, fevereiro de 1998. Pág. 23.
- CHAUÍ, M. *Convite à Filosofia*. São Paulo: editora Ática, 1998. 7 ed.
- _____. *Resistir às determinações do mercado, em busca da autonomia do saber*. Revista da Adusp 21, 2000. Pág. 48-54.
- _____. *O que é política?* In: Novaes, A.(org.) *O Esquecimento da Política*. Rio de Janeiro: Agir, 2007.
- CLAVREUL, J. *A Ordem Médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- CZERESNIA, D. *Ciência, técnica e cultura: relações entre risco e práticas de saúde*. In: Cadernos de Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.20, n.2, mar/abr 2004.
- _____. *El concepto de salud y la diferencia entre prevención y promoción*. . In: *Promoción de la Salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Czeresnia, D. y Freitas, C.M. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. 1ª ed.
- DELEUZE, G. *Post-Scriptum sobre as sociedades de controle*. In: *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, s.d., 1972-1992.
- DUARTE, A. *Hannah Arendt e a modernidade: esquecimento e redescoberta da política*. In: *Trans/form/ação*, v.24, n.1., 2001.
- DUFOUR, D-R. *A arte de reduzir as cabeças*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2005.
- _____. *Le Divin Marche: la révolution culturelle libérale*. Paris: Denoël, 2007.
- _____. *O Divino Mercado: a revolução cultural liberal*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.
- _____. *Economia de Mercado e economia psíquica*. In: SZAPIRO, A.M (Org.). *Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.
- DUMMONT, L. *O Individualismo: uma perspectiva antropológica da ideologia moderna*. Rio de Janeiro: Rocco, 1985.
- DUPUY, J-P. *A catástrofe, o império da técnica e o desaparecimento da natureza: a tentação de apagar a política com a técnica*. In: Novaes, A.(org.) *O Esquecimento da Política*. Rio de Janeiro: Agir, 2007.

_____. *Fabricação do homem e da natureza*. In: Novaes, A. (org.) *Mutações: ensaios sobre as novas configurações do mundo*. Rio de Janeiro: agir; São Paulo: Edições Sesc SP, 2008.

ELIAS, N. *A Sociedade dos Indivíduos*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1994.

FERNANDEZ, J.C.A. e all. *Promoção da Saúde: elemento instituinte?* In: *Revista Saúde e Sociedade*. São Paulo, 17(1): jan/mar, 2008.

FLEURY, S. *Para uma teoria do movimento sanitário*. In: Arouca, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

FOUCAULT, M. *Aula de 17 de março de 1976*. In: *Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. *História da sexualidade I: A vontade de saber*. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

_____. *O nascimento da medicina social*. In: *Microfísica do Poder*. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *O Nascimento do Hospital*. In: *Microfísica do Poder*. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *A política de saúde no século XVIII*. In: *Microfísica do Poder*. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *A governamentalidade*. In: *Microfísica do Poder*. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. *Naissance de la biopolitique*. Éditions Seuil/Gallimard, 2005.

_____. *Vigiar e Punir*. Petrópolis: Vozes, 1987. 28ª ed.

_____. *O nascimento da clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2004. 6ª ed.

_____. *A ordem do discurso*. São Paulo: Edições Loyola, 2008. 16ª edição.

FREIRE, P. *Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa*. 17ed. São Paulo: Editora Paz e Terra, 2003.

FREITAS, C.M. *Diferentes atitudes frente ao risco e diferentes projetos de modernidade: debate sobre o artigo de Mary Jane P. Spink*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.17, n.6, nov/dez 2001.

FREUD, S. *O Mal-Estar na Civilização*. Rio de Janeiro: Imago Ed., 1997.

FROMM, E. *Psicanálise da sociedade contemporânea*. Rio de Janeiro: Zahar Editores, 1959.

_____. *O Medo à Liberdade*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, 14ª edição, 1983.

GAUCHET, M. *Le désenchantement du monde*. Éditions Gallimand, 1985.

GORI, R.; DEL VOLGO, M-J. *La santé totalitaire: essai sur la médicalisation de l'existence*. Paris: Denoël, 2005.

HUISMAN, D; VERGEZ, A. *Compêndio Moderno de Filosofia*. Volume I: A Ação. Rio de Janeiro: Freitas Bastos, 1982. 4 ed.

JAPIASSÚ, H; MARCONDES, D. *Dicionário Básico de Filosofia*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1996. 3ª ed. rev. e ampliada.

JAEGER, M. *A aposta de Fausto e o processo da Modernidade*. In: Estudos Avançados 21 (59), 2007.

KANT, I. *Resposta à pergunta: "o que é o Iluminismo?"*. Tradução Arthur Morão. Texto disponível na íntegra em <http://lusosofia.net/textos/Kant>. Ano da obra original – 1784.

LEBRUN, J.P. *A perversão comum: viver juntos sem outro*. Rio de Janeiro: Companhia de Freud, 2008.

LEFREVE, F. ; LEFREVE, A.M.C. *Saúde como negação da negação: uma perspectiva dialética*. In: Revista Physis. Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2007.

MACHADO, R. *Foucault, a ciência e o saber*. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. 3ª ed. rev. e ampliada.

_____. *Introdução: Por uma genealogia do poder*. In: Microfísica do Poder. Org. Machado, R. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

MARCONDES, W. B. *A convergência de referências na Promoção da Saúde*. Revista Saúde e Sociedade. São Paulo, v.13, n.1. jan/abril, 2004.

MARTINS, A. *Biopolítica: o poder médico e a autonomia do paciente em uma nova concepção de saúde*. Revista Interface - Comunic. Saúde, Educ., vol.8. n.14, pág. 21-32, set 2003-fev 2004.

MARTINS, E.C. *Liberdade e Determinação em Schopenhauer e Freud*. In: Cadernos de Ética e Filosofia Política vol. 9, n.2, 2006. Pág 95-133.

MINAYO, C. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Abrasco, 1992.

_____.; HARTZ, Z. M. A.; BUSS, P. M. *Qualidade de vida e saúde: um debate necessário*. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p. 7-18, mar. 2000.

MIRANDA, D.S. *Mutações sinuosas e inquietações na busca do futuro*. In: Novaes, A. (org.) *Mutações: ensaios sobre as novas configurações do mundo*. Rio de Janeiro: agir; São Paulo: Edições Sesc SP, 2008.

MONTEIRO, A. ; COIMBRA, C. ; FILHO, M. M. *Estado democrático de direito e políticas públicas: estatal é necessariamente público?* In: Revista Psicologia e Sociedade. Porto Alegre, v.18, n.2, 2006.

NICOLACI-DA-COSTA. *Revoluções tecnológicas e transformações subjetivas*. In: Psicologia: Teoria e Pesquisa. Vol. 18, n. 2, 2002.

NUNES, E.D. *Por uma arqueologia da Medicina Preventiva*. In: Arouca, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

_____. *Pós-graduação em saúde coletiva no Brasil: histórico e perspectivas*. In: Physis. Rio de Janeiro, v.15, n.1, jan/jun, 2005.

_____. *Saúde Coletiva: história de uma idéia e de um conceito*. In: Saúde e Sociedade. Vol. 3, n. 2., 1994.

NOGUEIRA, R. P. *A Saúde pelo Averso*. Natal: Seminaire, 2003(A).

_____. *Da medicina preventiva à medicina promotora*. In: Arouca, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003(B).

NOVAES, A. *Políticas do Esquecimento*. In: Novaes, A.(org.) O Esquecimento da Política. Rio de Janeiro: Agir, 2007.

OLIVEIRA, D.L. *A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação*. In: Revista Latino-Americana de Enfermagem. Ribeirão Preto, v. 13, n.3, 2005.

OLIVEIRA, F. *Capitalismo e política: um paradoxo letal*. In: Novaes, A.(org.) O Esquecimento da Política. Rio de Janeiro: Agir, 2007.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DA SAÚDE. *Carta de Ottawa*. In: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde 1, nov. 1986, Ottawa. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>.

_____. *Declaração de Santafé de Bogotá*. In: Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, 9-12 nov. 1992, Santafé de Bogotá. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>

ORTEGA, F. *Práticas de ascese corporal e constituição de bioidentidades*. In: Cadernos de Saúde Coletiva. Rio de Janeiro, v. 11, n.1, 2003.

PAIM, J.S. *Do “Dilema Preventivista” à Saúde Coletiva*. In: Arouca, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

_____. *Resenhas*. In: Cad. Saúde Pública. Rio de Janeiro, v.23, n.10, 2007.

PAIM, J.S; ALMEIDA FILHO, N. *Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas?* In: Revista de Saúde Pública. São Paulo, v.32, n.4, 1998.

_____. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador: Casa de Qualidade, 2000.

PEDRO, R. *Tecnologias da vida: os novos sujeitos*. In: SZAPIRO, A.M (Org.). Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

- RESTREPO E.; MÁLAGA, H. *Agenda para la acción en promoción de la salud*. In: RESTREPO, E.; MÁLAGA, H (Org.) *Promoción de la salud; como construir vida saludable*. Bogotá: Editorial Medica Panamericana, 2001.
- RUSSELL, B. *História do Pensamento Ocidental*. Rio de Janeiro: Ediouro, 2003.
- SABROZA, P. *Concepções sobre saúde e doença*. Disponível em: <http://www.ead-ensp.fiocruz.br/cursos/autogestao/ags/apresentacao/autogestao /contexto/tema1.html>.
- SANTOS, E.M. *E agora: somos todos marqueteiros de cyborgues eternos?* In: Arouca, S. O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.
- SANTOS, L.M.; DA ROS, M.A.; CRESPALDI, M.A.; RAMOS, L.R. *Grupos de promoção à saúde no desenvolvimento da autonomia, condições de vida e saúde*. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v.40, n.2, abr. 2006.
- SCHÖPKE, R. *Spinoza e o problema da liberdade humana*. Disponível em http://www.fogliospinoziano.it/Spinoza_problema_libertate.PDF. Julho, 2000. Acesso em 28/01/2009.
- SCLIAR, M. *História do conceito de saúde*. In: *Revista Physis*. Rio de Janeiro, v.17, n.1. 2007.
- SEGRE, M. ; FERRAZ, F.C. *O conceito de saúde*. In: *Revista de Saúde Pública*. São Paulo, v. 31, n.5, out., 1997.
- SENNETT, R. *Autoridade*. Rio de Janeiro: Record, 2001.
- _____. *A cultura do novo capitalismo*. Rio de Janeiro: Record, 2006.
- SFEZ, L. *A saúde perfeita: crítica de uma nova utopia*. São Paulo: Edições Loyola, 1996.
- SOARES, J.C.R.S; CAMARGO JR., K.R. *A autonomia do paciente no processo terapêutico como valor para a saúde*. In: *Revista Interface*. Botucatu, v.11, n.21, jan/abr. 2007(b).
- SOUZA, E.M.; GRUNDY, E. *Promoção da Saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública*. In: *Cadernos de Saúde Pública*. Rio de Janeiro, v.20, n.5. set/out 2004.
- SPINK, M.J. *Linguagem e produção de sentidos no cotidiano*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 2004.
- STIEGLER, B. *O desejo asfixiado, ou como as indústrias culturais liquidam o indivíduo*. In: *Le Monde Diplomatique*. Edição Brasileira, ano 5, n.53, Junho 2004. Disponível em <http://diplo.dreamhosters.com/imprima940>.
- STOTZ, E.N. ; ARAUJO, J.W.G. *Promoção da Saúde e cultura política: a reconstrução do consenso*. In: *Saúde e Sociedade*. São Paulo, v.13. n.2, maio/ago 2004.
- SZAPIRO, A.M. *Percursos do Feminino: Um estudo sobre a "Produção Independente" dos anos sessenta*. Tese de Doutorado, RJ, PUC-Rio, Departamento de Psicologia, 1998.

_____. *Em tempos de Pós-Modernidade: vivendo a vida saudável e sem paixões*. In: Estudos e Pesquisas em Psicologia. Rio de Janeiro: UERJ, ano 5, n.1, 1º semestre de 2005.

_____. *O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano*. In: SZAPIRO, A.M (Org.). *Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera, 2009.

TAMBELLINI, A.T. *Questões introdutórias: razões, significados e afetos-expressões do “dilema preventivista”, então e agora*. In: Arouca, S. *O Dilema Preventivista: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva*. São Paulo: Editora UNESP; Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2003.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. *Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional*. In: Revista Interface. Botucatu, v. 11, n.22, maio/ago 2007.

VERMELHO, L.L. & BARBOSA, R.H.S. *Aids: um desafio para a saúde coletiva*. In: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA): integrando prevenção e assistência. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST/Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Pág 7-13.

VIANNA, A. M. *Sob o Sol de Telos: Modernidade entre Autonomia e Heterodeterminação*. In: Revista Espaço Acadêmico. N^o 66, 2006.

WORLD BANK GROUP/ EMPOWERMENT. *What is empowerment?/About Us*. Disponível em: www.worldbank.org.