

Furtado, Mariama; Szapiro, Ana
Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea
Saúde e Sociedade, vol. 21, núm. 4, octubre-diciembre, 2012, pp. 811-821
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=406263671002>

Promoção da Saúde e seu Alcance Biopolítico: o discurso sanitário da sociedade contemporânea¹

Health Promotion and its Biopolitical extend: the sanitary discourse of contemporary society

Mariama Furtado

Psicóloga, doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Psicosociologia de Comunidades e Ecologia Social/ EICOS/UFRJ.

Endereço: Instituto de Psicologia: Av. Pasteur, 250 – Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha, CEP 22290-250, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: mari.arte@ig.com.br

Ana Szapiro

Psicanalista, Pós-doutora em Ciências da Educação pela Universidade Paris VIII. Professora Associada do Instituto de Psicologia e do Programa de Pós-Graduação em Psicosociologia de Comunidades e Ecologia Social da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Endereço: Instituto de Psicologia: Av. Pasteur, 250, Pavilhão Nilton Campos, Praia Vermelha, CEP 22290-250, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

E-mail: aszapiro@uol.com.br

¹ Pesquisa financiada pela CAPES.

Resumo

O conceito de Promoção da Saúde vem sendo trabalhado por diferentes atores sociais ao longo dos últimos vinte anos e publicações teóricas e pesquisas têm contribuído para proceder à delimitação dos conceitos e práticas nesta área; em alguns casos, partindo de um ponto de vista crítico com relação ao seu arcabouço teórico-conceitual. Este artigo analisa o discurso sanitário contemporâneo no contexto das políticas de promoção da saúde; identificando essas políticas como estratégias reguladas, sobretudo, pela manutenção do projeto biopolítico de controle social dos corpos. Reconhecemos, então, o atual discurso da Promoção da Saúde como um dispositivo de regulação da vida que se define, de certo modo, pela continuidade do projeto biopolítico moderno tal como descrito por Foucault. Porém, mais do que isso, a promoção da saúde apresenta-se como uma forma de controle e regulação dos corpos através de uma inflexão sobre a responsabilidade individual na administração da vida. Desta forma, o discurso da promoção da saúde ajusta-se à perspectiva das doutrinas do fim do Estado de Bem-Estar Social; constituindo-se como um projeto de autonomização dos indivíduos através da atribuição de responsabilidade sobre seus próprios cuidados. Nossa olhar sobre o quadro conceitual da promoção da saúde busca, assim, inserir-se no atual debate travado no campo da saúde coletiva, sublinhando as transformações nas concepções de saúde e doença, seu compromisso com o fim do Estado de proteção e seus efeitos nas sociabilidades.

Palavras-chave: Biopolítica; Contemporaneidade; Promoção da saúde; Sociabilidade.

Abstract

Over the past twenty years, the concept of Health Promotion has been discussed by different social actors; research and theoretical publications have contributed to establish the demarcation of the concepts and practices in this area, in some cases from a critical point of view of its theoretical and conceptual framework. This article examines the sanitary discourse of contemporary society in the context of health promotion policies, identifying these policies as being regulated mainly by the maintenance of a biopolitical project of social control of bodies. We recognize the current discourse of health promotion as a device for regulating life that defines, in a sense, the continuity of the biopolitical project of modern society as described by Foucault. But more than this, health promotion is presented as a form of control and regulation of bodies through an inflection on individual responsibility in the management of risks. Thus, we believe that the discourse of health promotion fits the perspective of the end of the Welfare State doctrines, establishing itself as a project of self-governing of individuals through the allocation of responsibility for their own care. By focusing on the conceptual framework of health promotion, we try and enter into the current debates that take place in the public health field. We emphasize the changes in concepts of health and disease and the engagement of these changes with the end of the Estate protection and their effects on sociability.

Keywords: Biopolitics; Contemporaneity; Health Promotion; Sociability.

Introdução

Nas sociedades atuais do mundo ocidental, cresce a cada dia a preocupação em viver uma vida saudável. Vivemos uma época que exalta a responsabilidade individual, os comportamentos de prevenção e o culto à saúde. O conjunto crescente de recomendações médicas e prescrições sobre como viver uma vida saudável divulgadas pelas mídias produzem padrões de saúde, de estética e de modos de viver que configuram um “ideal de saúde” que precisamos atingir.

Toda essa espiral de valores sanitários alimenta-se de discursos sobre qualidade de vida, aspirações de felicidade e de maior bem-estar que, como assinalou Lypovetsky (2007), o capitalismo de consumo consegue difundir em larga escala. A saúde, exaltada como valor supremo, tornou-se uma preocupação de todas as idades; ao mesmo tempo em que a prática médica se estende por todos os domínios da vida.

Desta maneira, as mais diversas atividades da vida social, os hábitos esportivos, as práticas religiosas, sexuais etc., passam a ser consideradas práticas de saúde (Szapiro, 2005). A força desta modalidade de discurso sanitário tem estimulado e impulsionado também o crescimento vertiginoso de um mercado de produtos que prometem aos consumidores atingir tais padrões de saúde. A compulsão consumista de produtos de saúde, de serviços médicos-estéticos e de medicamentos ocupa hoje um importante lugar em todos os países de economia de mercado. Assim sendo, os cuidados com a saúde integram hoje os chamados bens de consumo através da oferta de produtos “que dão à existência toda uma coloração sanitária” (Lipovetsky, 2007, p. 539). A proeminência do discurso sanitário sobre a vida reflete e estimula igualmente mudanças no que diz respeito às concepções sobre saúde e doença, sobre o normal e o patológico. Novas subjetividades são produzidas a partir dos discursos e práticas médicas. E, de algum modo, essas novas subjetividades são igualmente permeáveis ao grande mercado de consumo de saúde que se expande.

Este contexto de transformações na concepção de saúde, que aponta para uma idealização de seu estatuto e para uma ampliação de seu conceito, vem sendo analisado por diversos autores sugerindo que

estamos diante de um processo de produção de estilos de vida extremamente padronizados e regulados; construindo um *ethos* sanitário cujo pressuposto se assenta, a nosso ver, nas raízes da biopolítica tal como foi descrita por Foucault (2005). Tais raízes, como este autor descreveu, produzem modos de ser, disciplinando comportamentos através da regulação dos estilos de vida e prescrevendo modos de gerir a saúde.

Este conjunto de informações sobre como devemos cuidar da saúde e do corpo consolidou-se, no final dos anos 70, no discurso da Promoção da Saúde, que propomos aqui analisar de um ponto de vista crítico com o objetivo de investigar o alcance biopolítico de suas ações. Consideramos que o discurso da Promoção da Saúde participa da produção de um ideal de saúde perfeita, no qual se assenta hoje, a nosso ver, a subjetividade contemporânea.

Assim, analisamos o discurso sanitário contemporâneo no contexto das políticas de promoção da saúde, identificando estas políticas como a atualização - nas sociedades pós-fim do Estado de Proteção Social - das estratégias de regulação do projeto biopolítico de controle social dos corpos, tal como Foucault (2005) o descreveu. Deste modo, consideramos que o projeto de promoção da saúde assinala na sua construção a emergência de uma nova concepção de saúde.

Biopolítica: regulamentação da vida

Afirmar que os principais determinantes da saúde são externos ao sistema de saúde não é novidade. Não obstante, é recente a formulação de um discurso sanitário que pensa a saúde como algo que deve ser promovido, e não apenas prevenido no sentido de evitar doenças. Assim sendo, a pergunta que nos colocamos então é em que momento e como se constituiu o discurso de promoção da saúde?

Os trabalhos de Foucault e posteriormente de Agamben nos oferecem bases teórico-conceituais importantes sobre as quais poderemos pensar sobre essa questão de modo a compreender os pressupostos políticos da promoção da saúde e seu percurso genealógico.

Encontramos, na história da medicina social, particularmente na obra de Foucault (1979) a iden-

tificação de certos dispositivos de intervenção que evidenciam que as ações de “promoção” existiam bem antes de terem sido assim nomeadas. Em outras palavras, muito antes de ter se consolidado como um modelo de Políticas Públicas ditas “saudáveis”, a ideia de promoção da saúde já fazia parte da rationalidade da medicina moderna.

De fato, se nos remetermos às análises sobre a história da medicina e sobre as políticas de saúde nascentes no século XVIII, encontramos nas teses de Foucault a afirmação de que a medicina moderna nasceu como uma medicina social, uma vez que as políticas de saúde consistiam em ações de âmbito bastante geral como o cuidado com o ambiente, com as condições de saneamento, com a circulação do ar (como o próprio autor exemplifica na sua descrição dos modelos de medicina social tal como se estabeleceram na França, Inglaterra e Alemanha).

Deste modo, quando o Estado passou a intervir na população através de políticas de cuidado com a saúde - “*o fazer viver*” (Foucault, 1987), suas ações já visavam transformar as condições ambientais de modo a tornar as cidades salubres, fato este que confirma que as condições socioambientais já eram, naquele momento inaugural da medicina moderna, consideradas como determinantes para a saúde. Essas ações caracterizaram, então, um novo tipo de intervenção que passou a se dar a partir do Estado, de modo que o surgimento da noção de “população” e a tomada da saúde como objeto de responsabilização do Estado resultou no que Foucault (2005) denominou então como uma “biopolítica”.

Resumidamente, Foucault localiza no século XIX a tomada de poder sobre o homem enquanto ser vivo, constituindo-se ali o que ele denominou de “estatização do biológico”, um processo que, para o autor, teve início já no século XVIII quando surgiram as novas técnicas de poder centradas no corpo individual. Essas técnicas consistiam em intervenções disciplinares que objetivavam aumentar a força útil dos corpos.

Toda essa tecnologia de poder, que Foucault nomeou de “tecnologia disciplinar do trabalho”, transformou-se pouco a pouco em uma tecnologia um pouco diferente da disciplinar. Não se opondo à disciplina, a nova tecnologia dirigia-se à multiplicidade dos homens, considerados como um conjunto

afetado por uma série de processos próprios da vida, como o nascimento, a morte, a doença, a reprodução. Esta nova tecnologia de poder, a biopolítica, leva em conta a vida e os processos biológicos do homem enquanto espécie. Assim, todos estes processos como a proporção dos nascimentos e dos óbitos, taxas de fecundidade da população, longevidade, taxas de reprodução, a partir da segunda metade do século XVIII, passaram a constituir os primeiros objetos de saber e alvo do controle da biopolítica.

A medicina tornou-se, deste modo, o instrumento de estabelecimento de uma cultura da higiene pública, introduzindo nas populações o aprendizado de noções de higiene, “ordenando-as medicamente”, no dizer de Clavreul (1983). Neste sentido não só a vida, mas também a morte foi medicalizada, passando a ser percebida como resultado de uma ineficiência na arte de governar as populações, como negatividade e como um desafio a ser enfrentado pelo saber médico.

Ainda segundo os trabalhos de Foucault, a medicina que surge na modernidade teve efeitos disciplinares e regulamentadores, instituindo-se como uma prática discursiva da norma. Podemos então perceber a clara antecipação da problemática em que se insere hoje o discurso sobre a saúde. Uma das grandes características do governo das sociedades modernas, já desde o século XVIII, foi ocupar-se da gestão do bem-estar físico da população, com vistas a garantir a saúde e aumentar a longevidade. Temos instaurado, assim, um quadro de “promoção da saúde” que, ainda que não com este nome e regida por outros maestros, mesmo não comportando exatamente o mesmo conjunto de regras e de visibilidade - apresentava já àquela altura dispositivos e práticas muito semelhantes aos de hoje.

Assim, identificamos no atual discurso da promoção da saúde o dispositivo de regulação da vida central no projeto biopolítico da medicina moderna. Porém, o que cabe destacarmos aqui como aspecto fundamental que queremos chamar atenção no quadro onde se situa o discurso sanitário hoje, é que a promoção da saúde tornou-se uma forma de regulação dos corpos que se faz através de uma inflexão crescente sobre a responsabilidade de cada indivíduo na administração de seus próprios riscos. Considerada como um dispositivo de análise,

a promoção da saúde produz a crença de que somos todos responsáveis pela boa gestão de nossa saúde, de modo a contribuirmos para nossa longevidade, como veremos com mais detalhes a seguir.

Breve Panorama Histórico-Conceitual da Promoção da Saúde

A questão da Promoção da Saúde vem sendo debatida por diferentes atores sociais ao longo dos últimos vinte anos e publicações teóricas e pesquisas têm contribuído para proceder à delimitação dos conceitos e práticas nesta área. Nosso olhar crítico sobre o quadro conceitual da promoção da saúde busca inserir-se neste debate, destacando a relação entre as transformações nas concepções de saúde e doença, seu ajuste com o fim do Estado de proteção e seus efeitos nas sociabilidades.

O movimento de Promoção da Saúde surgiu no Canadá em maio de 1974 (Buss, 2006) 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. Assim, partindo de um conceito ampliado de saúde, a concepção de sua promoção introduziu fortemente as dimensões socioambientais como integrantes do processo de adoecimento.

Posteriormente, de forma mais precisa em 1978, a Organização Mundial de Saúde (OMS) realizou em Alma Ata a I Conferência sobre Atenção Primária em Saúde. Este pode ser considerado como um dos acontecimentos mais significativos para a saúde pública, pois ali se levantou a bandeira das assim denominadas ações integradas em saúde, em que todos os sistemas de saúde do mundo foram chamados a se comprometerem com a meta “Saúde para todos no ano 2000”.

Naquele momento a OMS, em parceria com o Banco Mundial, passou 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. Nos anos de 1986 a 1991, três importantes Conferências Internacionais realizadas respectivamente em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundval (1991), estabeleceram as diretrizes conceituais e políticas da Promoção da Saúde (Buss, 2006).

A I Conferência Internacional de Promoção da Saúde teve como principal resultado a Carta de Ottawa (OPAS, 1986), que representou, desde então, um marco de referência para o desenvolvimento das ideias 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; e 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*” (OPAS, 1986, p. 1).

Transcorridos mais de quinze anos da divulgação da Carta de Ottawa, como sintetiza Buss (2006), atualmente a 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 lado, 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 ações intersetoriais.

Os diversos conceitos relacionados à Promoção da Saúde podem ser reunidos em dois grandes grupos. O primeiro grupo de conceitos relacionados à Promoção da Saúde 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 se voltam para a coletividade e para o ambiente que a rodeia através não só das chamadas políticas públicas saudáveis, como também de um reforço e ênfase na importância do saber das comunidades (*empowerment*).

No segundo grupo, a promoção da saúde refere-se

às atividades primordialmente dirigidas à transformação dos comportamentos individuais, com ênfase na mudança de estilos de vida. A preocupação com a adoção de comportamentos saudáveis está ligada à ideia de que os problemas de saúde - ou pelo menos boa parte deles - estão associados ao 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. Em ambos os casos, encontramos no modelo da Promoção da Saúde os mecanismos de regulação próprios ao conceito de biopolítica tal qual Foucault o formulou, seja na dimensão do corpo individual (o segundo grupo de ações), seja no que se refere ao âmbito da população (primeiro grupo de ações).

Em resumo, 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. Este componente presente na Carta de Ottawa trata da dimensão da educação em saúde, resgatando a noção de *empowerment* no plano individual, noção que significa neste caso o processo de aquisição de conhecimentos e de consciência política capazes de tornar o indivíduo apto a atuar em prol de sua saúde.

A noção de *empowerment* teve origem na luta pelos direitos civis, no movimento feminista dos anos 1960 e 70, e na ideologia da ação social que marcaram o cenário político dos países desenvolvidos na segunda metade do século XX. Nos anos 70, como assinala Carvalho (2004), este conceito foi também bastante utilizado nos movimentos de autoajuda e, nos anos 80, igualmente no campo da psicologia comunitária.

Embora apareça como um discurso que pretende afirmar a importância da autonomia das pessoas e da diminuição da dependência das instituições, alguns autores chamam atenção para o estreito compromisso entre este apelo ao *empowerment* das populações e o contexto atual de hegemonia das políticas neoliberais. De fato, a noção de *empowerment* ganha maior relevância no momento em que se observa a diminuição do papel protetor do Estado através do retrocesso na prestação de serviços de saúde por este.

É nesta perspectiva que Castiel e Diaz (2007) sublinham que a ênfase na responsabilidade individual e no *empowerment* tal como aparecem no discurso da saúde promocional, não aprofundando as questões relativas às relações de poder, adequam-se assim às proposições do ideário neoliberal, cujo efeito é a desregulamentação do setor saúde. Neste mesmo viés crítico, Stotz e Araújo (2004) questionam se 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”.

A ênfase em valores relacionados aos processos de subjetivação e de autonomização do indivíduo surge também num contexto de críticas aos limites do conhecimento científico-biológico em direção a uma perspectiva ampliada de saúde.

A concepção biomédica e a tendência das ciências ditas naturais em estreitar as possibilidades de compreensão do ser humano, da saúde e das relações sociais começavam a receber críticas advindas de diversos campos de conhecimento. Desde então, iniciou-se um esforço na direção de uma reinterpretação do sentido atribuído ao processo de adoecimento; e alguns autores do campo da saúde coletiva passaram a repensar o conceito de saúde no sentido de propor sua ampliação, em busca da superação da hegemonia do modelo biomédico.

Na esteira desse processo, no dia 7 de abril de 1948 (desde então o Dia Mundial da Saúde), a OMS propõe que a saúde seja definida como “um estado de completo bem-estar físico, moral e social, não consistindo apenas na ausência de enfermidade ou de doença”. Esta definição possibilitou, por um lado, a introdução de um conceito amplo de saúde que buscava integrar os determinantes sociais da doença nas ações políticas, incorporando novos modelos de atenção, na tentativa de renovar o pensamento sanitário, buscando contrapor-se, justamente, à hegemonia do modelo biomédico, hospitalocêntrico e curativo. A apreensão deste conceito nesse sentido refletia, de certa maneira, as aspirações nascidas dos movimentos sociais do pós-guerra em prol do fim do colonialismo e da ascensão do projeto socialista da época. Era um desejo de que a saúde expressasse 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, uma vez que a definição se torna demasiadamente abrangente e dificilmente poderia ser assumida como um objetivo concreto pelos serviços de saúde. Ora, o que seria um completo bem-estar? Seria possível definir com clareza o que seria tal estado de perfeição?

Assim, nesta nova concepção, saúde significa mais do que não estar doente. Ter saúde envolve uma concepção de vida com qualidade, o que inclui bem-estar físico, mental e social expressos em sua máxima potência. As noções de felicidade, qualidade de vida, bem-estar passam a fazer parte do que significa “ser saudável”, o que conduz, a nosso ver, a uma acentuada reverência a um estado de saúde perfeita, expressa na definição inaugurada pela OMS, e que foi posteriormente assimilada e difundida pelo discurso da Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde, por sua vez, nasce nesta conjuntura marcada pela reação à acentuada medicalização da ideia de saúde, tanto no interior do próprio sistema como na sociedade; e incorpora estas novas maneiras de pensar o binômio saúde-doença, propondo inovações nos modos de cuidado com a saúde.

Deste modo, a ampliação conceitual da noção de saúde representou, no final do século XX, um contexto de críticas ao paradigma biomédico e contribuiu para o desenvolvimento da concepção de Promoção da Saúde como uma tentativa de responder aos desafios sanitários apresentados na contemporaneidade (Carvalho, 2004). Este alargamento conceitual corresponderia, assim, ao que poderíamos nomear, a partir da definição da OMS, um ideal de saúde perfeita.

Deste modo, o discurso da promoção tem ampliado de tal maneira o conceito de saúde que hoje propõe como condições para a saúde: alimentação e nutrição adequadas, renda, paz, felicidade, 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 (Buss, 2006). Como consequência, atualmente, as atividades físicas, a alimentação, o cuidado com o corpo, o lazer, ou seja, praticamen-

te todas as dimensões ligadas ao viver humano, aparecem como componentes que configuram os estilos de vida considerados saudáveis. Trata-se verdadeiramente da instituição de uma “nova cultura” sanitária, de modo que a saúde promocional, transbordando os limites do campo da medicina e da epidemiologia, dirige-se a outros âmbitos da vida em sociedade, oferecendo prescrições sobre o que é ou não saudável, sobre como devemos cuidar de nossos corpos, sobre como devemos gerir nossas vidas.

A noção de “estilo de vida” torna-se, portanto, central no interior do discurso da saúde promocional. Deste modo se estabelece uma relação direta entre estilo de vida e saúde, e cada pessoa é chamada a assumir a responsabilidade pelo cuidado com sua saúde, esforçando-se por modificar seus hábitos e apostando num estilo de vida tal que se considere saudável. Com isso nos lançamos naquilo que Szapiro (2005) nomeou como “a arte peculiar de administrar a vida minimizando riscos”. Ainda segundo a autora, o individualismo da sociedade democrática fez pesar sobre o sujeito a responsabilidade sobre si mesmo, suas escolhas, vitórias e fracassos.

A ideia de autonomia e liberdade de escolha ganharam força a partir das décadas de sessenta e setenta, marcadas pelas lutas contra todas as formas de opressão; e hoje se tornaram prerrogativas inquestionáveis do indivíduo contemporâneo. Há uma mudança radical na direção da autoafirmação e da responsabilidade do indivíduo. Essa alteração tem sido refletida na mudança do discurso ético-político que enfatiza o direito de os indivíduos serem autênticos e escolherem à vontade seus próprios modelos de felicidade e estilos de vida; o que parece notável no âmbito da saúde (Furtado, 2010).

Encontramo-nos, assim, diante de um paradoxo com relação à maneira com que vivemos livremente nossas vidas. Por um lado não há mais uma figura de autoridade a impor limites às decisões da vida individual, nem tampouco punir pela não submissão a alguma das normas higiênicas. Ao mesmo tempo, entretanto, devemos exercer sobre nós mesmos uma autovigilância permanente sobre como gerir a vida e seguir um estilo de vida saudável.

A ideia de autonomia presente no discurso sanitário contemporâneo - que se traduz, a nosso ver, precisamente no campo da política de promo-

ção da saúde - configura-se como um dispositivo biorregulamentador. Não se trata mais de “vigiar e punir”, mas de regulamentar as condutas a partir de um conjunto de normas que estabelecem estilos de vida e hábitos considerados saudáveis, em que o indivíduo acredita escolher livremente.

As noções de estilos de vida e hábitos saudáveis definem, portanto, os lugares discursivos em que se exerce a biopolítica contemporânea. Através delas o poder intervém na maneira de viver, no “como” da vida, sobretudo para “fazer viver” o máximo possível; uma vez que a manifestação desse poder, já nos disse Foucault (1999), é a desqualificação progressiva da morte. A morte é o que está do lado de fora desse poder. Este poder que regulamenta a vida e faz viver o projeto de negação da morte emerge no discurso sanitário contemporâneo com características bem precisas, que não buscam somente controlar, prever e prevenir riscos (Szapiro, 2005), mas também promover um estado de saúde pleno e potencialmente perfeito, capaz de preservar a valorizada aparência de juventude e prolongar ao máximo a vida.

Biopolítica, Biotécnica e Biocontrole na Contemporaneidade

Encontramos em Agamben (1998) elementos importantes que nos ajudam a aprofundar o quadro conceitual atual da promoção da saúde. Como lembra este autor, para os gregos, a *vida* compreendia dois termos: a *zôê*, que significava o fato comum a todos os seres vivos - animais, homens ou os deuses; enquanto *bios* se referia à dimensão da vida de cada indivíduo. Assim, *bios* se referia não à vida natural, mas a um modo particular e qualificado de vida (Agamben, 1998). Na Antiguidade Clássica, observa Agamben, *zôê* não constituía uma preocupação para a *Polis*. Para o indivíduo grego, a vida era *bios*.

A investigação de Foucault sobre os fundamentos éticos da emergência da subjetividade ocidental, nos seus três volumes da História da Sexualidade, convida-nos a um recuo à Antiguidade Clássica para analisar o que este autor denomina as “técnicas de si” no universo grego clássico. O cuidado de si dizia respeito a um conjunto de práticas que Foucault (1985) denominou como uma “arte de existência dominada pelo cuidado de si”.

Agamben argumenta que o advento da Modernidade assinala uma mudança significativa com relação ao quadro da Antiguidade Clássica, uma vez que a dimensão da *vida natural*, a *zôê*, tornou-se objeto dos mecanismos de poder do Estado, ou seja, objeto de uma *biopolítica*. Neste sentido o autor interroga o conceito de biopolítica observando que estamos diante de uma biopolítica da “vida nua”, da *zôê*, desta dimensão da vida concebida no seu estatuto puramente biológico.

Na análise que fez da natureza do poder na realidade dos campos de extermínio nazistas, o autor considerou a experiência do campo como um espaço privilegiado de manipulação, de intervenção e de dominação total sobre a “vida nua”; revelando o modo pelo qual, naquele contexto, a biopolítica constituiu-se como uma política totalitária. Deste modo, ele identificou na realidade dos campos o paradigma fundamental do biopoder, assinalando que a política dos grandes Estados totalitários do século XX constitui um espaço privilegiado para analisar a biopolítica moderna (Agamben, 1998. p.115). Assim, argumenta Agamben, depois da experiência dos campos de extermínio, onde a vida insacrificável se tornou de fato passível de morte num grau sem precedentes, “a vida nua do *homo sacer* diz-nos respeito de um modo particular”.

Seguindo esta perspectiva, a biopolítica do nacional-socialismo nazista tomou forma a partir da ideia de uma “vida indigna de ser vivida”, introduzindo uma nova concepção sobre o limiar a partir do qual a vida deixaria de ser relevante podendo, portanto, ser eliminada. Agamben observa que a noção de “vida sem valor”, derivada do eugenismo, legitimou a realização dos experimentos científicos feitos por médicos e pesquisadores com seres humanos dentro dos campos. O nazismo assinalou um momento em que a junção entre a medicina e a política, uma das características marcantes da biopolítica moderna, começou a tomar sua forma mais visível. Assim, a decisão soberana sobre a vida nua, argumenta Agamben, ampliou-se para além das motivações estritamente políticas, estendendo-se por um caminho ambíguo em que o médico e o soberano parecem confundir-se em seus papéis (Agamben, 1998.).

A este respeito Lafontaine (2008) sugere que a fusão destes dois poderes, o poder soberano e o poder médico, constitui a base fundamental do que ela denominou de “sociedade pós-mortal”. Aqui a sociedade pós-mortal significa não o desaparecimento da morte como tal, mas a rejeição de seu estatuto simbólico, o que está do lado de fora, como mencionamos acima, do biopoder. Para a autora, a herança mais dolorosa e difícil de ser superada que nos foi deixada pelo holocausto é exatamente a dessimbolização da morte, a sua desumanização. Em suas palavras, “a banalização do mal, para retomar uma expressão de Hannah Arendt, coloca-nos diante de uma dificuldade de encontrar um sentido para a morte das milhares de vítimas do nazismo”².

A dessimbolização da morte, reflexão que já havia sido abordada também por Baudrillard em “A troca simbólica e a morte”, destituí o sujeito da sua dimensão de finitude. Segundo Szapiro (2005), no seu lugar emerge um sujeito cuja vida é regulada e administrada na sua dimensão biológica. Como consequência, ainda segundo a autora, a vida fica restrita às prescrições sobre o que parece estar ao alcance e controle de todos: o corpo perfeito, a saúde plena, a ausência de sofrimento e dor, a negação da morte.

Assim, intrinsecamente ligado ao esforço de superação e de negação da morte, a biopolítica contemporânea, retirando o estatuto simbólico da morte, reduz a vida à sua dimensão de pura *zôê* e se exerce através de dispositivos de controle, de prevenção, de promoção da saúde. Um conjunto de recomendações sanitárias - antitabagistas, de redução de danos, de diminuição do consumo de álcool, de reeducação alimentar, de estímulo à prática esportiva, de recomendações com relação às práticas sexuais etc., fazem com que as políticas públicas de saúde concentrem uma significativa parte de seus recursos na tarefa de promover saúde, cujo objetivo se explicita como projeto de melhorar a qualidade de vida e aumentar a expectativa de vida.

Deste modo, parece que os esforços em promover a saúde, aperfeiçoar as funções corporais e prolongar a vida constituem as marcas da biopolítica contemporânea. Gestão biopolítica que, por sua

² Tradução livre das autoras. Para citação original, em francês, ver Lafontaine, 2008. p. 43.

vez, alcança dimensões decisivas devido à tecnificação da sociedade atual. Podemos assim dizer que na máxima foucaultiana “fazer viver e deixar morrer” a dimensão da biopolítica ganha também novos sentidos. Com o enorme avanço no campo das biotecnologias, a biopolítica contemporânea diz respeito, sobretudo, a uma crescente intervenção técnica sobre a vida de modo a fazer dos corpos a expressão da máxima potência humana.

Assim, a biopolítica dos Estados Modernos descrita por Foucault atinge, hoje, novas dimensões. Nesta perspectiva, ainda Lafontaine (2008) ressalta que a lógica do biocapital, intimamente ligada à revolução genética, corresponde a uma nova forma de biopolítica, um tipo de biocontrole em que cada indivíduo é convocado a gerir sua vida e a promover sua saúde em função de um número cada vez maior de fatores de risco. Acentuando o caráter biotecnológico que assume hoje a biopolítica, a autora destaca o biocontrole como a capacidade técnica de intervir diretamente na vida dos indivíduos, fazendo desaparecer as fronteiras entre a vida social e a vida biológica (Lafontaine, 2008, p. 120). Assim o ideal político iluminista, que outrora repousava sobre a crença na emancipação do homem e no projeto de aperfeiçoamento da sociedade através de ações coletivas, deixa lugar a uma nova utopia engendrada na apostila do aperfeiçoamento da vida biológica de cada um de nós.

Nesse sentido, vemos que os discursos contemporâneos sobre a saúde contidos na promoção da saúde participam da fabricação de um novo sentido de vida e de morte (Szapiro, 2009). A responsabilidade pela própria saúde constituiu um registro em que a vida fica, pouco a pouco, reduzida aos termos biológicos e funcionais, à *zôôê*. Do ponto de vista de seu alcance biopolítico, a Promoção da Saúde é uma forma de regulação da vida que opera sobre o que Agamben (1998) acusa como uma dimensão da “vida nua”, a vida tomada como realidade puramente biológica.

Entretanto, como observa Agamben (1998), vida e morte não são nem evidências da natureza, nem conceitos propriamente científicos. São recursos simbólicos culturais e políticos, e como tais adquirem sentido quando pensadas a partir de uma dimensão biopolítica. A questão é que, como indica

este autor, a “vida nua” não se encontra hoje mais confinada num lugar particular como foi feito nos campos de concentração, mas habita o corpo biológico de cada ser vivo, no seu autogoverno, na gestão de seus estilos de vida. Sua expressão maior está, a nosso ver, nas subjetividades produzidas a partir do discurso da promoção da saúde.

Considerações Finais

À formulação segundo a qual o discurso da Promoção da Saúde é parte de um projeto biopolítico de controle social dos corpos, corresponde afirmarmos que a biopolítica opera hoje no registro do controle dos corpos e mentes. E de que forma atua o dispositivo biopolítico de controle senão mediante a transformação do sujeito em autogestor dos seus riscos e das escolhas que faz, dos hábitos de vida?

Os desdobramentos contemporâneos dos conceitos de saúde e de doença devem ser analisados cuidadosamente uma vez que, como aponta Santos (2003), os corpos “se tornaram inseridos não mais na esteira de produção, mas na rede digital. São assim projetáveis programáveis códigos e feixes de informação”.

No seu *post-scriptum* sobre as sociedades de controle, Deleuze (1992) já chamava a atenção para esta mudança contemporânea do biopoder, cuja ação minimiza a intervenção disciplinar diretamente sobre o corpo para voltar-se para as pré-disposições, para os riscos. Desta maneira o biopoder propaga-se hoje através do imperativo da saúde, expresso na Política Nacional de Promoção da Saúde (Szapiro, 2005; Furtado, 2010).

A biopolítica intervém no “como” da vida, isto é, na maneira como as pessoas devem viver, cuidar de si, para assim buscarem aumentar sua expectativa de vida e controlar seus riscos. E, se 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 populacional. A normalização, portanto, constitui-se como um modo de reprodução

do biopoder que, de resto, transforma uma política pública de saúde numa questão de controle das iniciativas pessoais.

Canguilhem (2002), no seu texto “O normal e o Patológico”, disse a respeito da definição de norma, que “uma norma, uma regra, é aquilo que serve para retificar, pôr de pé, endireitar. Normar, normalizar é impor uma exigência a uma existência” (Canguilhem, 2002. p. 211). É nesse sentido que, através da elaboração de um verdadeiro “manual” sobre o viver saudável, o discurso promocional constituiu-se com uma forma sutil de vigilância e, sobretudo, de regulação social; deslocando a estratégia de coerção realizada diretamente sobre o indivíduo ou populações para estratégias sanitárias baseadas no cálculo dos riscos.

Através do cálculo de probabilidades, os especialistas das políticas de prevenção e promoção da saúde compõem seu “quadro de riscos” e, com isso, definem as zonas de normalidade e comportamentos saudáveis, das áreas desertoras dos comportamentos desviantes e não higiênicos. Há, portanto, uma dissolução da fronteira entre saúde e doença, tendo em vista que a maior parte de nossas ações são consideradas como fontes potenciais de risco. Tanto sadios quanto doentes, devemos todos nos lançar obstinadamente no controle de nossos comportamentos. Em nome da erradicação absoluta dos riscos, o ambiente social é esquadrinhado pelo discurso da promoção da saúde em suas dimensões físicas, psíquicas e sociais, alargando crescentemente o espaço de monitoramento e controle das ações.

Como vimos, a Promoção da Saúde surgiu num contexto de crítica ao modelo biomédico, incorporando à definição das condições de saúde os determinantes socioambientais e os aspectos relacionados aos hábitos e estilos de vida de cada indivíduo. Entretanto, sua ênfase concentra-se hoje na promoção de estilos de vida, e isso a partir da responsabilização de cada um pela gestão de seu bem-estar e saúde; caminhando no mesmo passo da desinstitucionalização e desregulamentação do setor saúde (Furtado, 2010).

Buscamos mostrar, através da retomada histórica referente ao nascimento da medicina social e da biopolítica, que os discursos propostivos de me-

lhoria das condições de saúde não são algo novo. A novidade é o lugar central que assume a “promoção” quando se torna o núcleo central das políticas de saúde hoje, caracterizando transformações importantes no contexto sanitário contemporâneo.

Quando observamos atualmente o quadro discursivo das políticas de saúde vemos que não se trata mais primordialmente de ter como centro curar uma doença, mas de intervir na sua origem, mesmo antes de seu aparecimento. Com os constantes avanços da medicina preventiva, a própria ideia de doença cede lugar à noção de risco. O objetivo a ser alcançado agora é estender os cuidados de saúde a todas as pessoas, em todas as etapas da vida, num cenário onde se trata, sobretudo, de agir antecipando riscos com vistas à maior longevidade. Promover saúde, nesse sentido, estaria para além de curar e de prevenir. Seria uma concepção que abrange todas as anteriores, colocando-nos diante de um imperativo de otimização das potencialidades biológicas, para que sejamos mais do que saudáveis.

Na esteira das novidades anunciadas por todo esse conjunto de transformações, os modos de vida e também o consumo se medicalizam. Usando as palavras de Lipovetsky (2007), “tentacular, onipresente, o processo de medicalização da sociedade transformou as expectativas, as prioridades, os modos de existência de todos”. O efeito do discurso sanitário no âmbito da produção de subjetividades, neste sentido, promove mudanças nos valores sociais, nos comportamentos e, sobretudo, nas noções do viver juntos. Educa quanto ao cuidado higiênico e conscientiza quanto às condutas de risco. Conjunto de ações que pertencem ao dispositivo da biopolítica, incorporadas ao ideário da saúde promocional.

Introduzindo na mentalidade dos indivíduos noções médicas de autocuidado, de uma boa higiene, de uma saúde ideal que se adquire tendo hábitos saudáveis, o discurso sanitário passa a regular o corpo social enquanto conjunto populacional. Podemos então dizer que o controle social dos corpos individuais, tornando possível a manutenção do cuidado com a saúde da população, funciona hoje como um poderoso dispositivo de regulação do indivíduo, do espaço social, e de fim do Estado de Proteção Social.

Referências

- AGAMBEN, G. *O poder soberano e a vida nua: homo sacer*. Lisboa: Editorial Presença, 1998.
- BUSS, P. M. Una introducción al concepto de promoción de la salud. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. *Promoción de la salud: conceptos, reflexiones, tendencias*. Buenos Aires: Lugar Editorial, 2006. p. 19-46.
- CANGUILHEM, G. *O normal e o patológico*. 5. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.
- CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, 2004.
- CASTIEL, L. D.; DIAZ, C. A-D. *A saúde persecutória: os limites da responsabilidade*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.
- CLAVREUL, J. *A ordem médica: poder e impotência do discurso médico*. São Paulo: Brasiliense, 1983.
- DELEUZE, G. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: DELEUZE, G. *Conversações*. Rio de Janeiro: Editora 34, 1992. p. 219-226.
- FOUCAULT, M. O nascimento da medicina social. In: _____. *Microfísica do poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979. p. 79-98.
- FOUCAULT, M. *História da sexualidade 3: o cuidado de si*. Rio de Janeiro: Graal, 1985.
- FOUCAULT, M. *Vigiar e punir*. 28. ed. Petrópolis: Vozes, 1987.
- FOUCAULT, M. Aula de 17 de março de 1976. In: _____. *Em defesa da sociedade*. São Paulo: Martins Fontes, 1999. p. 285-315.
- FOUCAULT, M. *Naissance de la biopolitique*. Paris: Éditions du Seuil, 2005.
- FURTADO, M. A. *Promoção da saúde e seu alcance biopolítico: a ênfase no discurso da autonomia*. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia de Comunidades e Ecologia Social) - Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010.
- LAFONTAINE, C. *La société postmortelle: la mort, l'individu et le lien social à l'ère des technosciences*. Paris: Seuil, 2008.
- LIPOVETSKY, G. *A felicidade paradoxal: ensaio sobre a sociedade de hiperconsumo*. São Paulo: Companhia das Letras, 2007.
- OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. *A promoção da saúde: a Carta de Ottawa*. Lisboa: Portugal Telecom - Associação de Cuidados de Saúde. Disponível em: <<http://www.ptacs.pt/Document/Carta%20de%20Ottawa.pdf>>. Acesso em: 31 out. 2012.
- 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: Unesp; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 203-209.
- SCLIAR, M. História do conceito de saúde. *Physis*. Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.
- STOTZ, E. N.; ARAÚJO, J. W. G. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. *Saúde e Sociedade*, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, 2004.
- SZAPIRO, A. M. Em tempos de pós-modernidade: vivendo a vida saudável e sem paixões. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, Rio de Janeiro, ano 5, n. 1, p. 43-55, 2005.
- SZAPIRO, A. M. O imperativo da utilidade, a hegemonia da técnica e seus efeitos sobre o humano. In: _____. (Org.). *Clínica da pós-modernidade: formas de subjetivação, de violência e de dessimbolização*. Rio de Janeiro: Bapera, 2009. p. 79-92.

Recebido em: 18/07/2011

Reapresentado em: 20/03/2012

Aprovado em: 19/09/2012