



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
NÍVEL DOUTORADO**

**SAÚDE NO PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRO:  
PROMOÇÃO DA SAÚDE, BIOPOLÍTICAS E PRÁTICAS DE SI  
NA CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS DA SAÚDE**

**ANA MARIA PEREIRA LOPES**

**FLORIANÓPOLIS  
2012**



**Ana Maria Pereira Lopes**

**SAÚDE NO PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRO:  
PROMOÇÃO DA SAÚDE, BIOPOLÍTICAS E PRÁTICAS DE SI NA  
CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS DA SAÚDE**

Tese apresentada como requisito parcial para a obtenção do título de Doutora, pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia da Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientador: Prof. Dr. Kleber Prado Filho

Florianópolis  
2012

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária  
da  
Universidade Federal de Santa Catarina

L864s Lopes, Ana Maria Pereira

Saúde no processo de democratização brasileiro [tese] :  
promoção da saúde, biopolíticas e práticas de si na  
constituição de sujeitos da saúde / Ana Maria Pereira Lopes ;  
orientador, Kleber Prado Filho. - Florianópolis, SC, 2012.  
312 p.: il., grafs., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,  
Centro de Filosofia e Ciências Humanas. Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia.

Inclui referências

1. Psicologia. 2. Promoção da saúde. 3. Biopolítica. 4.  
Cuidados pessoais com a saúde. I. Prado Filho, Kleber. II.  
Universidade Federal de Santa Catarina. Programa de Pós-  
Graduação em Psicologia. III. Título.

CDU 159.9

**SAÚDE NO PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO BRASILEIRO: PROMOÇÃO DA SAÚDE, BIOPOLÍTICAS E PRÁTICAS DE SI NA CONSTITUIÇÃO DE SUJEITOS DA SAÚDE**

Por

**Ana Maria Pereira Lopes**

Tese aprovada como requisito parcial à obtenção do grau de Doutor em Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Psicologia do Centro de Filosofia e Ciências Humanas da Universidade Federal de Santa Catarina.

Dra. Maria Aparecida Crepaldi  
Coordenador - PPGP/UFSC

**Banca examinadora**

Dr. Kleber Prado Filho  
PPG Psicologia/UFSC-Orientador

Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos  
PPG Psicologia/UFPA – Examinador 1

Dra. Deise Maria do Nascimento  
Depto Psicologia UNISUL – Examinador 2

Dra. Sandra Caponi  
PPG Saúde Pública/UFSC - Examinador 3

Dra. Mériti de Souza  
PPG Psicologia/UFSC – Examinador 4

Dr. Paulo Sandrini  
Depto Psicologia UNISUL – Suplente 1

Dra. Flávia Ramos  
PPG Enfermagem/UFSC – Suplente 2

**Florianópolis, 02 de março de 2012**



Dedico esta tese àqueles que produziram saberes e práticas que problematizaram a subjetividade e afirmaram-na como singular e coletiva, contribuindo para o desvio do universalismo e massificação de sujeitos nas práticas sociais.





## AGRADECIMENTOS

Uma tese é um trabalho individual, mas sempre encontra em seus bastidores aqueles que de formas diversas, inusitadas e imensuráveis contribuíram para que ela fosse finalizada. Sou muito grata àqueles com os quais desenvolvi atividades no percurso da pós-graduação, bem como aos colegas professores com quem divido funções acadêmicas. Sou grata também àqueles alunos com os quais desenvolvi as temáticas da saúde ao longo dessa carreira docente. A cada um meus agradecimentos pela participação de modo direto ou indireto das discussões do texto que finalizo agora.

Ao meu orientador, Kleber Prado Filho, pelas orientações - sempre grandes aulas - a exemplo das aulas acadêmicas. A quem admiro por sustentar um lugar teórico e metodológico de observação das coisas, que possibilita deslocamentos do olhar e o encontro com o diferente do habitual.

Aos professores que participaram da banca de qualificação: Sandra Caponi, Flávia Ramos e Sílvia Arend. E ainda aos professores que fizeram o exame da versão final da tese: Flávia Lemos, Sandra Caponi, Deise Nascimento, Mériti de Souza, Paulo Sandrini e Flávia Ramos.

Aos colegas de gestões do Sistema Conselhos de Psicologia, ligados ao movimento Cuidar da Profissão, por me colocarem no compartilhamento de trabalhos de gestão dessa autarquia. Tal trabalho me possibilitou constantes debates e enfrentamentos de grande diâmetro que não envolveu apenas a profissão de psicólogo, mas também práticas sociais. Essa oportunidade ampliou sobremaneira minha compreensão da subjetividade, das formas de exercício do poder sobre ela, e é claro da política a envolve.

Ao Eugênio, pelo estímulo à realização deste trabalho, sempre entendendo e acompanhando bem de perto a dimensão política que ele envolvia. E à Anita e aos meus pais, pelas suas demonstrações de entenderem que alguma coisa importante estava sendo empreendida nos vários afazeres que envolveram esta tese.



*Sobre o poder...*

*“De uma maneira geral, os mecanismos de poder nunca foram muito estudados na história. Estudaram-se as pessoas que detiveram o poder. Era a história anedótica dos reis, dos generais. Ao que se opôs a história dos processos, das infra-estruturas econômicas. A estas, por sua vez, se opôs uma história das instituições, ou seja, do que se considera como superestrutura em relação à economia. Ora, o poder em suas estratégias, ao mesmo tempo gerais e sutis, em seus mecanismos, nunca foi muito estudado” (FOUCAULT, 1979, p. XII).*

*“Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e neste complexo os micro-poderes existem integrados ou não ao Estado, distinção que não parece, até então, ter sido muito relevante ou decisiva para suas análises” (Roberto Machado In: FOUCAULT, 1979, p. XII).*



## RESUMO

O modelo de Promoção de saúde brasileiro refere-se à democratização do país e a mudanças nas políticas sociais na década de 1980. Tendo como marco legal a Constituição Federal de 1988, foi antecedido pelo Movimento da Reforma Sanitária. Este estudo apresenta uma problematização da promoção da saúde como uma biopolítica, operada pela norma, hipotetizando-se que nela não preponderassem disciplinas, mas espaços políticos de resistência dos sujeitos, equivalendo saúde a práticas de cuidado de si em face de práticas de governo. Desse modo, objetivou-se analisar como práticas biopolíticas e de relações do sujeito consigo mesmos, ocorridas a partir do período da democratização brasileira, constituem sujeitos da saúde na sua objetivação e subjetivação pelos discursos e pelas normas. A pesquisa teve como fonte documentos que instalam a promoção da saúde, considerando-os como monumentos, intencionais, com efeitos na objetivação e subjetivação de sujeitos, e a promoção da saúde como prática histórica, datada e como dispositivo estratégico de governamentalidade. Organizando-se os documentos em subarquivos, a análise foi conduzida pela problematização – arqueológica e genealógica - de Michel Foucault, articulada aos dispositivos de Gilles Deleuze e às práticas históricas de Paul Veyne. O primeiro subarquivo analisado é constituído, sobretudo, por legislações, que instalam as mudanças no setor saúde. Nele, a promoção da saúde é vista como estratégica por meio do discurso da saúde ampliada em face de relações econômicas desenvolvimentistas em que o Brasil se colocava. Em meio a um governo médico da vida, objetivou sujeitos, inclusive na atenção básica, seu principal *locus* de ocorrência. No segundo subarquivo, constituído de documentos do Ministério da Saúde, que visavam à implementação da Política Nacional de Promoção da Saúde, foi vista, em um cenário econômico neoliberal das políticas econômicas, a busca de correspondência com a abrangência que a Conferência de Ottawa conferia à promoção da saúde. Contudo, dessa tentativa resultaram discursos adstritos ao modelo epidemiológico e de vigilância a doenças. Em decorrência disso, a objetivação de sujeitos se manteve no modelo médico, preventivo, direcionando-se promoção da saúde para a segurança das populações. No terceiro subarquivo é analisada a instalação oficial de uma Política Nacional de Promoção da Saúde, diante do neoliberalismo instalado, quando o discurso da promoção da saúde é estratégico diante de problemas de toda ordem. Afirmada como intersetorial, junto da atenção básica, a saúde mantém-se nos adoecimentos e não alcança amplitude, conforme Ottawa. Os sujeitos são objetivados ainda por

normas destacadamente médicas, uma medicina sem médicos, mas que objetiva o monitoramento, que não avançou ao modelo preventivo. Em um último documento analisado, avaliativo da atenção básica, buscou-se visibilidade sobre a subjetivação dos sujeitos. Nele, identificou-se que, na atenção básica, os sujeitos estabelecem linhas de fuga às especialidades e às práticas de caráter coletivo que constituem linhas de continuidade a práticas médicas. Contudo, ainda que, na atenção básica, os sujeitos alcancem práticas de resistência, o que têm levado a mudanças nesse espaço, nesse nível de atenção e nas práticas de promoção da saúde que ali ocorrem não é relacionada a dimensão política que ali seria requerida.

**Palavras-chave:** Promoção da saúde. Biopolítica. Cuidado de si. Atenção básica

## ABSTRACT

The Brazilian Health Promotion model refers to the country democratization and the change in the social policies in the 1980's. Having the Federal Constitution of 1988 as its legal milestone, it was preceded by the Health Reform Movement. This study shows the issue of promoting health as Biopolitics, operated by a standard, hypothesizing that disciplines did not preponderate but political spaces for the resistance of subjects, being health equivalent to the practices of the care of the self before the practices of the government. This way, the aim was to analyze as biopolitical and self-related practices the ones that happened after the Brazilian democratizations. They are subjects of health considering their objectification and subjectification by discourses and rules. The survey was based on documents that install health promotion, considering them as monuments, intentional ones, with effect on the objectification and subjectification of the subjects, and the health promotion as historical practice, dated and as a strategic device of governmentality. By organizing the documents in subfiles, the analysis was conducted by raising the issues – archeological and genealogical ones – by Michel Foucault, in articulation with the devices of Gilles Deleuze and the historical practices of Paul Veyne. The first analyzed subfile is mainly constituted by regulations that install changes in the health area. According to it, the health promotion is presented as strategic through the enlarged health discourse due to the developmentalist economic relations Brazil was in. Inside a medical government of life, it objectified subjects, including the basic attention, its main *locus* of concurrency. In the second subfile, constituted by documents of the Ministry of Health, which aimed at implementing the National Policy of Health promotion was seen, in a neoliberal economic scene of economic policies, the search of broad correspondence with the health promotion attributed by the Ottawa Conference. However, this attempt resulted in attached discourses to the epidemiological model and disease surveillance. As a consequence, the objectification of subjects was kept in the medical, preventive model, guiding the health promotion to the peoples' security. In the third subfile, the installing of an official Health Promotion National Policy is analyzed before the existing neoliberalism in which you have the strategic health promotion facing all kinds of problems. Intersectorial declared with the basic attention, the health area encompasses only the illnesses and is not able to become broader, according to Ottawa. The subjects are also objectified by specific medical rules, med-

icine without physicians but which aims at monitoring, not reaching the preventive model. In a last analyzed document, an assessment on the basic attention service, the objective was the visibility about the subjectivity of subjects. It was possible to notice that, in the basic attention service, the subjects establish escape routes to the specialties and to the collective practices that make the continuity to medical practices. However, in the basic attention service, the subjects are capable of practices of resistance, which have led to changes in this area, on this level of attention and on the health promotion practices that take place in that area, the political dimension required in this situation is not related.

**Keywords:** health promotion – Biopolitics – care of the self – basic attention



## RÉSUMÉ

Le modèle de promotion de la santé du Brésil se rapporte à la démocratisation du pays et les changements dans les politiques sociaux dans les années 1980. Son fait marquant légal a été la Constitution Fédérale de 1988 et Il a été précédé par le Mouvement de la Réforme Sanitaire. Cette étude présente une exposition du problème de la promotion de la santé comme une biopolitique, opérée par la loi, en faisant une hypothèse que les disciplines ne prédominassent pas sur elle, mais les espaces politiques de résistance des sujets, en équivalant santé aux pratiques de soin de soi-même face aux pratiques gouvernementales. Partant de ce fait, l'objectif est d'analyser comment pratiques biopolitiques et de relations du sujet avec lui même, qui ont lieu à partir du période de la démocratisation brésilienne, constituent sujets de la santé dans son objectivation et subjectivation par les discours et par les normes. Les sources de la recherche ont été des documents qui installent la promotion de la santé, en les tenant pour des monuments, intentionnels, qui ont des effets sur l'objectivation et subjectivation des sujets, et la promotion de la santé comme pratique historique, datée et comme dispositif stratégique de gouvernementalité. En organisant les documents en sous-fichiers, l'analyse a été conduite par l'exposition du problème – archéologique et généalogique – de Michel Foucault, articulée aux dispositifs de Gilles Deleuze et aux pratiques historiques de Paul Veyne. Le premier sous-fichier analysé est constitué surtout de textes législatifs qui installent les changements dans le cadre de la santé. Ici, la promotion de la santé est vue comme stratégique au moyen du discours de la santé élargi face aux relations économiques développement en lesquelles le Brésil se place. Parmi un gouvernement médical de la vie, elle a objectivé sujets, y compris dans les soins de base, son principal *locus* d'occurrence. Dans le second sous-fichier, composé de documents du Ministère de la Santé qui ont comme but la mise en oeuvre de la Politique Nationale de Promotion de la Santé, la recherche de correspondance avec l'ampleur que la Conférence d'Ottawa donnait à la promotion de la santé a été vue dans um scénario économique néolibéral des politiques économiques. Cependant, les conséquences de cette tentative ont été des discours liés au modèle épidémiologique et de surveillance aux maladies. Pour cette raison, l'objectivation des sujets se maintient dans le modèle médical, préventif, en conduisant la promotion de la santé à la sécurité des populations.

Dans le troisième sous-fichier, l'installation officielle d'une Politique Nationale de Promotion de la Santé est analysée face au néolibéralisme en vigueur, dans lequel on a la promotion de la santé en ayant problèmes très variés. Selon Ottawa, la santé, avec les soins de base, est identifiée comme partie de plusieurs secteurs, se maintient dans le cadre des maladies et n'a pas de l'ampleur. Les sujets sont encore objectivés par des normes surtout médicales, dont la médecine n'a pas de médecins mais qui a comme but la surveillance, qui n'a pas encore progressé au modèle préventif. Dans le dernier document analysé, qui évalue les soins de base, l'objectif était donner visibilité à la subjectivation des sujets. Dans celui-ci, on a identifié que, dans les soins de base, les sujets établissent des lignes d'évasion des spécialités et des pratiques collectives qui constituent des lignes de continuité aux pratiques médicales. Toutefois, malgré que dans l'attention basique les sujets arrivent aux pratiques de résistance, lesquelles conduisent à des changements dans cet espace, à ce niveau d'attention et des pratiques de promotion de la santé qui y occurrent ne sont pas reliées à la dimension politique qui y serait nécessaire.

**Mots-clés:** promotion de la santé, biopolitique, soin de soi-même, soins de base.

## **LISTA DE SIGLAS**

ABRASCO: Associação Brasileira de Saúde Coletiva  
AIS: Ações Integradas em Saúde  
ANS: Agência Nacional de Saúde  
ANSS: Agência Nacional de Saúde Suplementar  
ANVISA: Agência Nacional de Vigilância Sanitária  
APAC: Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade  
APS: Atenção Primária em Saúde  
BIRD: Banco Interamericano de Desenvolvimento  
BVS: Biblioteca Virtual em Saúde  
BVS-MS: Biblioteca Virtual em Saúde - Ministério da Saúde  
CAPs: Caixas de Aposentadoria e Pensão  
CEAP: Centro de Assessoramento Popular  
CEPAL: Comissão Econômica para a América Latina  
CF: Constituição Federal  
CGDANT: Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis  
CIB: Comissão Intergestores Bibartite  
CICT: Centro de Informação Científica e Tecnológica  
CIT: Comissão Intergestores Tripartite  
CONASEMS: Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde  
CONASS: Conselho Nacional de Secretários de Saúde  
CNC: Confederação Nacional do Comércio  
CNI: Confederação Nacional da Indústria  
CNRS: Comissão Nacional da Reforma Sanitária  
DCNT: Doença Crônica Não Transmissível  
DCS: Departamento de Comunicação em Saúde  
DECS: Descritores em saúde  
DGSP: Departamento Geral de Saúde Pública  
DNERu: Departamento Nacional de Endemias Rurais  
DNSP: Departamento Nacional de Saúde Pública  
EC: Emenda Constitucional  
ESB: Estratégia de Saúde Bucal  
ESF: Estratégia de Saúde da Família  
FMI: Fundo Monetário Internacional  
FNS: Fundo Nacional da Saúde  
GPABA: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada  
GPSM: Gestão Plena do Sistema Municipal  
IAPs: Institutos de Assistência e Previdência

IDECS: Índice de Descritores em saúde  
INAMPS: Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social  
INPS: Instituto Nacional de Previdência Social  
IOC: Instituto Oswaldo Cruz  
LILACS: Literatura Latino-Americana em Ciências da Saúde  
LOS: Lei Orgânica da Saúde  
MEDLINE: *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*  
MESP: Ministério da Educação e Saúde Pública  
MRS: Movimento da Reforma Sanitária  
MS: Ministério da Saúde  
NOAS: Normas de Assistência à Saúde  
NOB: Norma Operacional Básica  
OSCIPs: Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público  
OMS: Organização Mundial de Saúde  
OMS/OPAS: Organização Mundial da Saúde / Organização Pan-Americana da Saúde  
ONG: Organização Não Governamental  
ONU: Organização das Nações Unidas  
OPAS: Organização Pan-Americana da Saúde  
PAB: Piso da Atenção Básica  
PACS: Programas de Agentes Comunitários em Saúde  
PCCS: Plano de Carreira, Cargos e Salários  
PDI: Plano Diretor de Investimento  
PDR: Plano Diretor de Regionalização  
PIB: Produto Interno Bruto  
PNI: Programa Nacional de Imunizações  
PNPS: Política Nacional de Promoção da Saúde  
PNUD: Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento  
PPI: Programação Pactuada e Integrada  
PS: Promoção da Saúde  
PSF: Programa de Saúde da Família  
SAI: Sistema de Informações Ambulatorial  
SE: Secretaria Executiva  
SEPLAN: Secretaria de Planejamento  
SES: Secretaria do Estado da Saúde  
SESP: Serviço Especial de Saúde Pública  
SIAB: Sistema de Informações da Atenção Básica  
SIH: Sistema de Informação Hospitalar  
SIM: Sistema de Informação de Mortalidade  
SINAN: Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SINASC: Sistema de Informação de Nascidos Vivos  
SPS: Secretaria de Políticas da Saúde  
SIS-PNI: Sistema de Informações do Programa Nacional de Imuniza-  
ções  
SISVAN: Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional  
SUS: Sistema Único de Saúde  
SVS: Secretaria de Vigilância em Saúde  
UBS: Unidade Básica de Saúde  
UCA: Unidade de Cobertura Ambulatorial  
UIPS/ORLA: União Internacional de Promoção da Saúde e Educação  
para a Saúde/Oficina Regional Latino-Americana  
URSS: União das Repúblicas Socialistas Soviéticas  
USF: Unidade de Saúde da Família  
VIII CNS: VIII Conferência Nacional de Saúde



## LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 -	Documentos primários que instalam a Política Nacional de Promoção da Saúde.....	43
QUADRO 2 -	Publicações com as palavras “promoção da saúde” no assunto presentes na Biblioteca Virtual em Saúde – LILACS entre os anos de 1980 a 2009.....	267
QUADRO 3 -	Temas mais frequentemente relacionados à promoção da saúde em publicações com os descritories “promoção da saúde” no assunto, presentes na Biblioteca Virtual em Saúde – LILACS no período de 1980 a 2009.....	268
QUADRO 4 -	Norma Operacional Básica 01/91.....	299
QUADRO 5 -	Norma Operacional Básica 01/93.....	300
QUADRO 6 -	Norma Operacional Básica 01/96.....	300
QUADRO 7 -	Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOA/SUS 01/2001.....	303
QUADRO 8 -	Norma Operacional de Assistência à Saúde – NOA/SUS 01/2002.....	307





## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>29</b>
<b>2 MÉTODO.....</b>	<b>39</b>
2.1 DAS FONTES: A ORGANIZAÇÃO DE UM ARQUIVO COM BASE EM DOCUMENTOS.....	40
2.2 DA ANÁLISE DOS DADOS: A PROBLEMATIZAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COM A ANÁLISE DOS DISPOSITIVO.....	44
2.2.1 Da Análise Arqueológica.....	46
2.2.2 Da Análise Genealógica do Poder e da Ética.....	48
2.2.3 Da Análise Articulada às Práticas.....	50
<b>3 CENÁRIOS.....</b>	<b>55</b>
3.1 DA ESTATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS EM SAÚDE: CENÁRIOS MUNDIAIS.....	55
3.1.1 A Saúde das Populações como uma Preocupação Transnacional.....	61
3.1.2 A Promoção da Saúde como uma Consecução da Saúde Ampliada.....	68
3.2 DA ESTATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS EM SAÚDE: CENÁRIOS BRASILEIROS.....	76
3.2.1 Da Exiguidade de Práticas no Brasil Colônia e no Brasil Império.....	76
3.2.2 Da Saúde Pública no Brasil Republicano: a emergência de uma saúde estatal.....	81

3.2.3	<b>Da Saúde Pública na era Vargas: a assunção de uma saúde estatal.....</b>	<b>86</b>
3.2.4	<b>Da Saúde Pública na Ditadura Militar: o retrocesso na assunção de uma saúde estatal.....</b>	<b>90</b>
3.2.5	<b>Da Saúde Pública a partir do processo de democratização: Movimento da Reforma Sanitária e o Modelo da Promoção da Saúde.....</b>	<b>92</b>
<b>4 PROCESSOS DE OBJETIVAÇÃO E SUBJETIVAÇÃO: OPERADORES METODOLÓGICOS.....</b>		<b>103</b>
4.1	<b>ARQUEOLOGIA E GENEALOGIA: OBJETIVAÇÃO DOS SUJEITOS, NORMALIZAÇÃO, PODER MÉDICO E PRÁTICAS ECONÔMICAS.....</b>	<b>103</b>
4.1.1	<b>A Arqueologia.....</b>	<b>103</b>
4.1.2	<b>A Genealogia.....</b>	<b>104</b>
4.1.3	<b>Biopoder e Biopolítica.....</b>	<b>107</b>
4.1.4	<b>Da Biopolítica à Normalização por meio de um Governo Médico da Vida.....</b>	<b>110</b>
4.1.5	<b>Da Biopolítica à Objetivação de Sujeitos no Estado (Neo)Liberal.....</b>	<b>116</b>
4.2	<b>GENEALOGIA DA ÉTICA: SUBJETIVAÇÃO DE SUJEITOS E PRÁTICAS DE SI.....</b>	<b>121</b>
<b>5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DOCUMENTOS.....</b>		<b>129</b>
5.1	<b>DOS DISCURSOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL NO PROCESSO DEMOCRÁTICO.....</b>	<b>129</b>

<b>5.1.1</b>	<b>O Encampamento pelo Estado.....</b>	<b>130</b>
<b>5.1.2</b>	<b>Gestão em Saúde.....</b>	<b>139</b>
<b>5.1.3</b>	<b>Condições de Saúde e Adoecimentos da População....</b>	<b>147</b>
<b>5.1.4</b>	<b>O Desenvolvimento Econômico.....</b>	<b>149</b>
<b>5.1.5</b>	<b>A Participação Social.....</b>	<b>151</b>
<b>5.1.6</b>	<b>Saúde como Estratégia para a Democracia.....</b>	<b>155</b>
<b>5.1.7</b>	<b>Do Discurso da Saúde Ampliada à Formação de um Dispositivo de Promoção da Saúde.....</b>	<b>157</b>
<b>5.2</b>	<b>DA BUSCA PELA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL.....</b>	<b>169</b>
<b>5.2.1</b>	<b>O Encampamento pelo Estado.....</b>	<b>170</b>
<b>5.2.2</b>	<b>Gestão em Saúde.....</b>	<b>172</b>
<b>5.2.3</b>	<b>Condições de Saúde e Adoecimentos da População....</b>	<b>174</b>
<b>5.2.4</b>	<b>O Desenvolvimento Econômico.....</b>	<b>176</b>
<b>5.2.5</b>	<b>A Participação Social.....</b>	<b>177</b>
<b>5.2.6</b>	<b>Saúde como Estratégia para a Democracia.....</b>	<b>179</b>
<b>5.2.7</b>	<b>Da Formação de um Dispositivo de Promoção da Saúde no Brasil.....</b>	<b>180</b>
<b>5.3</b>	<b>DO ESTABELECIMENTO POSSÍVEL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO UMA POLÍTICA NO BRASIL</b>	<b>188</b>
<b>5.3.1</b>	<b>O Encampamento pelo Estado.....</b>	<b>189</b>
<b>5.3.2</b>	<b>Gestão em Saúde.....</b>	<b>191</b>

<b>5.3.3</b>	<b>Condições de Saúde e Adoecimentos da População....</b>	<b>195</b>
<b>5.3.4</b>	<b>O Desenvolvimento Econômico.....</b>	<b>200</b>
<b>5.3.5</b>	<b>A Participação Social.....</b>	<b>202</b>
<b>5.3.6</b>	<b>Saúde como Estratégia para a Democracia.....</b>	<b>205</b>
<b>5.3.7</b>	<b>Funcionamento do Dispositivo de Governo Médico da Vida no Brasil por meio da Promoção da Saúde....</b>	<b>205</b>
<b>5.4</b>	<b>DO DISPOSITIVO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: CUIDADO DE SI E SUBJETIVAÇÃO.....</b>	<b>212</b>
<b>5.4.1</b>	<b>Subjetivação e Cuidado de Si diante das Normas Médicas Presentes na ESF.....</b>	<b>214</b>
<b>5.4.2</b>	<b>Subjetivação e Cuidado de Si diante de Práticas de Governo Coletivo da Vida a partir da ESF.....</b>	<b>227</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>235</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>245</b>
<b>APÊNDICE A -</b>	<b>Promoção da produção da saúde no Brasil a partir de textos acadêmicos.....</b>	<b>265</b>
<b>APÊNDICE B -</b>	<b>Roteiro de leitura: objetivação e subjetivação dos sujeitos (arqueologia do saber e genealogia do poder e genealogia da ética).....</b>	<b>295</b>
<b>APÊNDICE C -</b>	<b>Arquivo com documentos primários: documentos que instalam a política nacional de promoção da saúde.....</b>	<b>297</b>

# 1 INTRODUÇÃO

Na sociedade contemporânea vem sendo insistentemente marcada uma norma sem precedentes de que os sujeitos busquem saúde. Diversas direções nesse sentido fazem-se presentes, como a ampla oferta de produtos para o alcance da saúde, destinada a grupos específicos, receitas de alcance de funcionalidade física e mental, bem como um rol de prescrições de comportamentos preventivos de doenças. Enfim, é recorrente o imperativo de uma estética que incentiva a adoção de condutas que objetivem o máximo de saúde, produzindo corpos e funcionamentos modelares.

Esse cenário contemporâneo de afirmação da saúde é compreendido por Illich (1999) como um tipo de obsessão da saúde perfeita<sup>1</sup> e não aparece dirigido apenas àqueles sujeitos que possam consumir a saúde como um produto, sendo amplamente orientado à população, por meio de políticas públicas que se encarregam de tais ações afirmativas de saúde. No caso do Brasil, no período de redemocratização do país, com a Constituição de 1988 (CF 88) (BRASIL, 1988), a saúde passou a ser considerada universalizada, de responsabilidade do Estado e como um direito dos cidadãos (KUJAWA, 2003). Os discursos acerca dessa oferta de saúde à população não se caracterizaram apenas por pressupostos biológicos de cuidado, mas se deslocaram do eixo das práticas médico-curativas para aquelas denominadas como promoção da saúde.

A promoção da saúde foi um desdobramento da Conferência Internacional de Alma Ata, ocorrida em 1978, que definiu a atenção primária como diretriz dos serviços de saúde para os países signatários. No modelo brasileiro, suas diretrizes foram estabelecidas na VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), em 1986, por meio de grande mobilização de movimentos sociais pela saúde, quando a promoção da saúde já era propalada pela Organização Mundial de Saúde (OMS). No entanto, foi na Conferência Internacional de Otawa, promovida após a VIII CNS, também em 1986, no Canadá, que a promoção da saúde ficou definida como delimitadora das práticas de saúde dos países participantes.

---

<sup>1</sup> Na década de 1980, Ivan Illich, em seu livro “A expropriação da saúde”, já se referia a esse centramento na saúde quando de sua crítica a uma medicina de medicamentos. Esse pensamento de Ivan Illich na década de 1990 aparece ampliado na ideia de estar ocorrendo uma obsessão pela saúde perfeita, o que pode ser conferido em entrevista concedida ao jornal *Le Monde Diplomatique* (ILLICH, 1999).

Grande parte dos resultados dessas conferências foi assumida pela CF 88 e subsequentes legislações de saúde no Brasil, dando origem ao Sistema Único de Saúde (SUS), em 1990. Com o SUS, a saúde passou a ser organizada por níveis de atenção. Além dos serviços hospitalares, foram efetivados os níveis de média complexidade e a atenção básica, passando a promoção da saúde a ser direcionada para ocorrer, sobretudo na atenção primária em saúde. Com o SUS, também no ano de 2006, foi efetivada a Política Nacional de Promoção da Saúde, cuja proposta é a de que

as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, 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 (BRASIL, 2006b, p. 14).

O modelo de promoção de saúde refere-se a um intenso e recente investimento em políticas públicas de saúde no Brasil. Este foi antecedido por ações higiênicas e sanitaristas ao final do século XIX e início do XX, respectivamente. A promoção da saúde, como alternativa e crítica ao alto custo e ineficácia do modelo de atenção centrado na doença e na prática médica, consistiu em promessa diante da falência do modelo de prevenção, oriundo de uma leitura liberal dos problemas de saúde (AROUCA, 2003).

A ideia de promoção da saúde, que é propalada como diretriz para todo o sistema de saúde, tem na atenção primária, no SUS designada de atenção básica, um *locus* estratégico de efetivação. No caso da saúde pública brasileira, a Estratégia de Saúde da Família (ESF)<sup>2</sup> é o

---

<sup>2</sup> A atenção básica deve ocorrer por meio da ESF. A denominação ESF vem substituindo a de PSF, uma vez que a primeira pretende ser mais perene do que a segunda, que foi entendida como provisória, porque se tratava de um programa. Assim, por meio da ESF devem ocorrer as ações anteriormente compreendidas em torno do PSF. A ESF deve: ter caráter substitutivo em relação à rede de atenção básica tradicional; atuar nos territórios realizando cadastramento

centro ordenador desse nível de atenção, ou seja, é a articuladora mais abrangente do Programa de Saúde da Família (PSF), no qual as ações ocorrem de acordo com características e necessidades de saúde de cada comunidade e de cada região.

A atenção à saúde da família apresenta uma escalada em sua instalação no país. O Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde da Família registrou em 1998 que o PSF, quatro anos depois de sua instalação, possuía 6,6% de cobertura populacional. Em 2009, uma cobertura de 50,7% da população já podia ser visualizada, fazendo-se presente a Saúde da Família para 96,1 milhões de pessoas (BRASIL, 2010).

Para a ESF, por meio do PSF, são destinadas atribuições que compreendem práticas consideradas como promoção da saúde e aquelas relativas aos tratamentos de doenças que exijam controle sanitário local. É princípio metodológico para a ESF desenvolver práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas (BRASIL, 2006b), princípio que encontrou respaldo na Política Nacional da Promoção da Saúde, em que a saúde é entendida como uma produção social com a participação ativa de todos por meio da construção e gestão compartilhadas (BRASIL, 2006a, p. 15).

O modelo de promoção da saúde é considerado um acontecimento em saúde pública no Brasil. Foi instalado junto a um novo sistema de saúde, transversal ao sistema de saúde e destinado a ocorrer sobretudo na atenção básica. Tal modelo ocorreu a partir da transição política do Estado ditatorial ao democrático, na década de 1980, que buscava estabilidade das relações sociais, por meio de políticas sociais, sem as quais não ocorreria a institucionalização democrática (LUZ, 2000).

Na presente pesquisa, a promoção da saúde foi tomada como objeto de análise, primeiramente sob a perspectiva do biopoder, um tipo de poder moderno de preocupação com a vida, que tem nas disciplinas e nas biopolíticas ações, que se voltam, ao mesmo tempo, para o corpo e

---

domiciliar; realizar diagnóstico situacional e ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade e mantendo postura pró-ativa frente aos problemas de saúde e doença da população; desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação com base no diagnóstico situacional, tendo como foco a família e a comunidade; buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias e ser um espaço de construção de cidadania. Cada ESF deve conter uma equipe multiprofissional para cada 4.000 habitantes, composta por, no mínimo, médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem ou técnico de enfermagem e o número de agentes comunitários de saúde indicados para cada 750 pessoas (BRASIL, 2006b).

para as populações, controlando sua vida e sua saúde. Esse modelo foi analisado ainda como uma possibilidade de compreensão da constituição de sujeitos.

De acordo com Foucault (1988a), a instalação do biopoder moderno deu-se entre os séculos XVII e XVIII, por meio das disciplinas. Esse significou um investimento no corpo, no sentido de seu adestramento frente ao sistema produtivo emergente, e, também por meio de biopolíticas, ampliou-se para o corpo coletivo o sistema de controle da saúde da população, em substituição à ideia de um corpo individual. O biopoder, como escreve Foucault, “cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida de cima a baixo” (1988a, p. 152), deu-se primeiramente no conhecimento do corpo como máquina e depois no corpo como espécie, por meio da biopolítica, transpassado pela mecânica do ser vivo com suporte em processos biológicos, a partir do final do século XVIII.

Na linha do que propôs Foucault (1995a), o Estado não é o *locus* no qual se concentra o poder sobre o corpo na modernidade, mas apenas o ponto de chegada desse poder. É nessa perspectiva de descentralização do Estado, e de deslocamento de uma análise de instituições em particular, que foi estudada a correspondência das políticas de promoção de saúde às biopolíticas. Estas últimas também foram consideradas como estratégicas e refinadas ações do exercício de governamentalidade, por meio das normas, como tecnologia política que age de modo amplo, fino e bem concreto e que, sendo articuladas a saberes sobre os sujeitos, incidem “sobre corpos individuais e coletivos regulando, marcando, normalizando e individualizando”, bem como produzem “efeitos de subjetividade” (PRADO FILHO, 2006, p. 19).

Ainda que se inscreva como crítico a um sistema de controle da saúde da população, o modelo de promoção da saúde brasileiro é analisado em correspondência aos problemas levantados por Schramm (2006, p. 197), para quem a saúde talvez não seja mais um “direito do cidadão e um dever do Estado, mas, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado”. Para esse autor, tal modelo foi analisado tendo-se o Estado como encaminhador de práticas sob a égide da governamentalidade da vida, ou seja, em meio a relações de poder das quais fazem parte forças mais amplas e móveis, datadas, localizadas e históricas, e que têm no Estado suas terminações. Assim, a promoção da saúde no Brasil teve sua intensidade e abrangência analisadas enquanto efeito de governamentalidade da vida, buscando-se saber como, especificamente no caso brasileiro, ela se instalou, e como, enquanto medida de biopoder e estratégia biopolítica, fez parte desse processo o controle das popula-



ções e a presença de medidas medicalizantes e disciplinares para a sua consecução.

Propõe-se que o estudo dessa abrangência e intensidade seja realizado por meio da problematização, estratégia de pesquisa de Foucault (1988b), designada por ele mesmo como história do pensamento, e que tem seu foco no “conjunto de práticas discursivas ou não discursivas que faz qualquer coisa entrar no jogo do verdadeiro ou falso e a constitui como objeto para o pensamento (seja sob a forma da reflexão moral, do conhecimento científico, da análise política etc.)” (FOUCAULT, 2004, p. 242). O sujeito aqui considerado, sob a égide de ter sua saúde promovida, tem sua vida investida de poder em todas as suas dimensões: seu corpo, seu trabalho, sua sexualidade, sua vida *in totum* torna-se objeto de práticas sociais que revestem as relações de saber-poder.

A partir da década de 1980, a colocação da promoção da saúde como uma diretriz para as práticas de saúde produziu uma escalada no debate sobre a temática junto a organizações estatais internacionais, como a OMS e Organização Panamericana de Saúde, bem como em espaços institucionais nacionais, como o Ministério da Saúde. Na dimensão brasileira, a produção acadêmica também se mostrou vasta nas últimas décadas, sobretudo a partir do estabelecimento dos enunciados colocados pela Carta de Ottawa.<sup>3</sup> Tal como diz Carvalho (2004a, p. 677), “em nome do consenso, a Promoção à Saúde pode significar ‘tudo para todos’”. Ou seja, a promoção da saúde povoa um conjunto de discursos muito presentes a quaisquer debates vinculados a “questões de saúde”.

Característica das produções sobre promoção da saúde é a busca da sua institucionalidade (BUSS, 1998, 2000, 2003; ROCHA, 2001; GUIMARÃES, 2002; PEDROSA, 2004; ZANCAN e ADESSE, 2004; BUSS e CARVALHO, 2009), bem como problematizações acerca da manutenção de um modelo preventivista e prescritivo relativos às formações neoliberais, individualistas, de caráter regulatório e de vigilância (CZERESNIA, 2003; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007; BYDŁOWSKI, WESTPHAL e PEREIRA, 2004; MENDONÇA e INOJOSA, 2007; CARVALHO 2004a; STOTZ e ARAÚJO, 2004; RABELLO, 2006). Entre tais estudos, no entanto, há uma exiguidade de literaturas que

---

<sup>3</sup> No Apêndice 1, é apresentada uma pesquisa realizada na base de dados LILACS, em 2009, onde foram identificadas 4340 publicações nacionais que continham “promoção de saúde” enquanto descritor de assunto, nos últimos 28 anos. Há uma escalada da produção sobre a temática, bem como um conjunto de temas passam a ser apresentados de modo articulado à promoção da saúde.

articulam diretamente à análise da promoção da saúde a uma estratégia biopolítica (FERREIRA NETO, 2009; FURTADO, 2008).

Assim, a presente pesquisa foi encaminhada com o objetivo de analisar como práticas biopolíticas e de relações do sujeito consigo mesmos, ocorridas a partir do período da democratização brasileira, constituem sujeitos da saúde. Desse modo, na problematização das práticas de promoção da saúde, buscou-se a compreensão de como ocorre a objetivação do sujeito pelos discursos e pelas normas de promoção da saúde estabelecidas no período democrático no Brasil. Articulou-se tal objetivação à identificação de como os sujeitos subjetivam as normas oriundas das biopolíticas de promoção da saúde vigentes a partir desse período histórico. Buscou-se responder, na presente pesquisa, à seguinte pergunta: como são produzidos sujeitos, com base em biopolíticas reguladoras e na relação desses sujeitos consigo mesmos, a partir do processo de democratização do setor de saúde no Brasil?

Com base na amplitude das práticas incidindo sobre os sujeitos, foram analisados documentos que instalam a política de saúde relativa ao período de democratização do país, a partir dos quais se tornou possível o modelo de promoção da saúde, dos anos de 1980 até o início do século XXI. Procurou-se analisar os enunciados presentes nos documentos, considerando-se, com Foucault (2006a, p. 10), discurso não como aquilo “que traduz as lutas ou os sistemas de dominação”, mas “aquilo por que, pelo que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”. Nessa perspectiva, foi requerida a organização de um arquivo relativo aos documentos identificados como instaladores da promoção da saúde no período da democratização do Brasil.

A organização do arquivo considerou os documentos enquanto monumentos, ou seja, o documento como uma montagem, com intencionalidades, e que teve um tipo de produção e seleção prévia que pode ser acessada. Por meio dos documentos-monumentos, foi possível reconstruir “o passado de onde emanam [os documentos] e que se dilui, agora, bem distante deles” (FOUCAULT, 2008a, p. 7). A organização e análise do arquivo, mais do que um caminho escolhido, foi uma condição para o alcance do objeto, uma vez que o arquivo, mais que conservador de memórias futuras, alcança potencial de definição de atualidade do enunciado, bem como pode indicar “o sistema geral da formação e transformação dos enunciados” (FOUCAULT, 2008a, p. 148).

A partir dos enunciados do arquivo organizado, os documentos foram analisados em suas racionalidades, enquanto programas a serem interrogados, não sendo o foco o seu cumprimento, mas se colocando em cheque as racionalidades propostas, problematizando-as, primeira-

mente na dimensão da arqueologia, buscando-se as condições de possibilidade de discursos sobre essa política de saúde, bem como a maneira com que essas racionalidades podem se constituir como um modo de objetivação dos sujeitos em face do poder. À arqueologia, foi acrescentada a análise genealógica. Buscando-se também a objetivação dos sujeitos, foram analisadas as inteligibilidades das Ciências Humanas presentes nas práticas de promoção de saúde, submetendo sujeitos aos regimes de vigilância das disciplinas (FOUCAULT, 1992). Por último, a genealogia da ética foi mais uma dimensão de análise, quando se buscou a produção de sujeitos, nas linhas de fuga em face de práticas e de suas morais, com o sujeito se constituindo historicamente por meio da estetização de si, a partir das normas da saúde.

A problematização dos enunciados presentes nos documentos foi realizada acompanhada das linhas de visibilidade, enunciações, força, objetivações e fraturas de um dispositivo, uma vez que Deleuze (1990, p. 155), ao aprofundar a compreensão de dispositivo de Foucault, entendeu que “la filosofia de Foucault se presenta a menudo como un análisis de ‘dispositivos’ concretos”. E, nessa perspectiva, considerou-se o sujeito constituído historicamente, buscando-se também a articulação ao pensamento de Veyne (2008), para quem a análise das práticas tem características de mobilidades, é estratégica e se constitui fundamento para um modo de se fazer história.

Na visibilidade da promoção da saúde como um dispositivo foi identificada uma compreensão do processo de constituição dos sujeitos. A subjetividade produzida não se referiu a algum tipo de fenômeno psicológico que singulariza o indivíduo, tampouco se tratou de uma instância da qual, porque é interiorizada, se deve conhecer conteúdos e lógicas. A constituição do sujeito, que para Foucault se trata do resultado de diferentes relações práticas de enunciações, não foi considerada como relativa de um sujeito instituído *a priori*, mas na direção do que diz Revel (2008, p. 51), para quem foi na perspectiva de constituição do sujeito na exterioridade de suas relações que se tornou possível a oposição “entre a linguagem objetivada e a palavra de resistência, entre o sujeito e a subjetividade”. Pode-se acrescentar aqui os dizeres de Figueiredo (1992), para quem a subjetividade é uma produção histórica e social, tendo sido inventado “o psicológico”, a partir do século XIX. É exatamente nesses fluxos, de acontecimentos históricos datados, que se buscou a constituição da subjetividade que exprime as diferentes possibilidades de relação do sujeito com os enunciados da política de promoção da saúde.

Dessa forma, a perspectiva de exterioridade por meio da qual foram analisados os enunciados do arquivo organizado, resultou em um diálogo diferenciado com a Psicologia e outras Ciências Humanas. Diferentemente do que ocorre nestas ciências, que, ao terem o sujeito como problema e quase sempre constituído por um conjunto de regras e instituído *a priori*, foi possível observar a constituição do sujeito ocorrendo nas redes discursivas às quais pertencem. Assim, a partir da problematização da promoção de saúde como uma biopolítica, pôde-se voltar a atenção para os sujeitos se constituindo (ou submergindo) nos controles que vêm sendo exercidos sobre a vida, sobretudo no que esta tem de mais imediato: o corpo.

A constituição dos sujeitos, na perspectiva de Foucault (1995a), pôde ser vista ocorrendo nos movimentos de resistência às investidas no corpo, por meio de práticas de liberdade, ou linhas de fuga, diante do exercício do poder. Sob essa ótica, o biopoder e o seu modo de se fazer em face dos coletivos, a biopolítica, como diz Revel (2008, p. 28), é “fundamental para a reformulação ética da relação com o político que caracteriza as últimas análises de Foucault; mais ainda, a biopolítica representa o momento de passagem do político ao ético”. A abordagem das práticas de promoção de saúde, sob essa perspectiva, de modo mais abrangente, encontrou consonância com a designação do próprio Foucault (1995a) sobre seu interesse de estudo, quando ele diz não ser o poder, mas o sujeito o tema geral de sua pesquisa.

A análise das práticas de promoção de saúde enquanto biopolíticas exercidas sobre a população aqui realizadas, contudo, não objetivaram identificar negatividade das ações do Estado, tampouco realizar uma avaliação das práticas de promoção da saúde no âmbito no SUS, mas compreender como se dão os processos de constituição de sujeitos na objetivação e subjetivação por meio dessa prática de governo. Até porque, a fim de regular a saúde da população em direção à saúde de seu corpo coletivo, nos dois últimos séculos, o poder biopolítico produziu a vida, intensificando-a por meio de medidas como o controle sanitário, e até mesmo aumentou a expectativa de vida das populações. Tampouco a análise das biopolíticas consistiu numa análise das instituições nas quais elas são exercidas, pois, de acordo com Foucault (1995a, p. 245), “é necessário, antes, analisar as instituições a partir das relações de poder, e não o inverso”.

Na problematização do modelo de promoção da saúde brasileiro como uma biopolítica, esperava-se encontrar discursos e práticas sem a preponderância da estreiteza do poder disciplinar. Contudo, ao mesmo tempo, tinha-se o pressuposto de que tais discursos e práticas eram en-

volvidos por normas não tão estreitas, que levavam a processos de enfrentamento por parte dos sujeitos a elas relacionados. Em meio a essas normas, seria possível identificar processos de produção de sujeitos, sobretudo em meio àquelas normas relativas a um governo médico da vida, presentes nos discursos que conduzem práticas que se colocam sob o estandarte de saúde.

Na perspectiva das relações de poder empreendidas por Foucault, os movimentos de resistência remeteriam à identificação de movimentos políticos que ocorressem nesse espaço. Assim, objetivava-se acessar movimentos de resistências por parte dos sujeitos, equivalentes à intensidade e abrangência com que essa política se faz presente nas suas vidas. Nesses movimentos, no enfrentamento dos sujeitos com as normas que nesse entremeio se fazem presentes, “saúde” seria o estabelecimento de linhas de fuga das práticas de governo que objetivam a sua promoção. Desse modo, a problematização foi tomada como caminho para a ampliação da visibilidade da política que os discursos da promoção da saúde detêm.

No desenvolvimento do trabalho, o trajeto constitui-se de um primeiro capítulo com os aportes metodológicos para a realização da pesquisa. Nesse capítulo, é destacado que a pesquisa foi realizada com base em documentos que instalam a promoção da saúde como política, organizados em arquivos, considerando estes últimos como monumentos, ou seja, com uma organização intencional com efeitos na objetivação e subjetivação de sujeitos, bem como considerando a promoção da saúde enquanto prática histórica e datada. Nesse capítulo, destaca-se a criação de séries analíticas percorridas na análise dos documentos, que também foi realizada articuladamente às perspectivas arqueológicas (dos saberes) e genealógicas (do poder e da ética), bem como é detalhada a articulação da análise em torno da ideia de dispositivos empreendida por Gilles Deleuze, para quem os saberes, os poderes e a ética ocorrem em linhas móveis e estratégicas, das quais os sujeitos participam.

No segundo capítulo, buscou-se indicar a instalação de práticas de preservação da saúde enquanto um acontecimento na história da saúde do Ocidente. O objetivo desse capítulo é o de indicar diferentes modos de emergência das preocupações dos Estados nacionais com a saúde, bem como problemáticas de saúde que as cidades apresentavam quando de seu processo de urbanização. Pretendeu-se, ainda, apresentar, a exemplo do que ocorrera no Brasil, o fato de que muitos desses Estados-nação tiveram seus encaminhamentos na área de saúde como estratégia para sua própria constituição.

No terceiro capítulo, são apresentados os operadores metodológicos para o estudo de práticas sociais, a partir da arqueologia do saber e genealogia do poder - objetivação do sujeito pelo discurso e por práticas incidentes sobre seu corpo, respectivamente. Destaca-se como as disciplinas e as biopolíticas, por meio das normas, possibilitam a problematização dos sujeitos a partir das práticas sociais, por meio do funcionamento de dispositivos. A governamentalidade é vista como condutora do sujeito moderno, envolto em práticas individualizantes e normalizadoras, com vistas à regulação da vida e da saúde. Articulada a esse conjunto de elementos objetivadores do sujeito, as biopolíticas são compreendidas enquanto operadoras das políticas sociais e de saúde no contexto do liberalismo, com vistas ao mercado e à economia. Articulado com esse conjunto de elementos relativos aos processos de objetivação, a subjetivação é vista como possibilidade, por meio da genealogia da ética.

No quarto capítulo, o arquivo constituído encontra-se analisado em três subarquivos que correspondem a diferentes tipos de ação no processo de instalação da política de promoção da saúde no Brasil, a partir do processo democrático e a partir dos quais podem ser visualizados os processos de objetivação. O primeiro subarquivo contém documentos que tratam da instalação de uma política de Estado, visando a democratização das ações de saúde. O segundo possui documentos que procuram organizar a institucionalidade das principais linhas de ação nessa democratização no campo da saúde. O terceiro conta com um arquivo no qual se indica o estabelecimento estratégico e possível do modelo de promoção da saúde no setor saúde brasileiro. Cada um desses subarquivos foi analisado, primeiramente, com base em documentos secundários e, depois, focando-se na perspectiva dos dispositivos, quando foi analisada a promoção da saúde como uma biopolítica, constituindo sujeitos a partir de processos de objetivação.

Depois desse conjunto de subarquivos, ainda no quarto capítulo, foi analisado um último documento avaliativo da instalação de práticas de atenção básica e, em meio a elas, a instalação das práticas de promoção da saúde. A partir dele, pode ser visto como os discursos da promoção da saúde produzem a subjetivação dos sujeitos submetidos a tais práticas, bem como são arrançadas linhas de fuga em face dessas práticas. Essa análise é entendida como a tentativa de encontrar o modo de ocorrência da finalização de um dispositivo, a partir do qual se buscou indicar suas possíveis fraturas.

## 2 MÉTODO

*Existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir.*

*Michel Foucault (2008b)*

As pesquisas empreendidas sob a perspectiva metodológica de Foucault têm ocorrido por meio da arqueologia do saber, tratando da objetivação do sujeito pelo discurso do saber; da genealogia do poder, ou objetivação do sujeito por meio de práticas disciplinares; e da genealogia da ética, ou processos de subjetivação por meio das práticas de si. O estudo das práticas de promoção da saúde, correspondente ao poder moderno de preocupação com a vida, e como um modo de constituição de sujeitos da saúde, ocorreu por meio da problematização ou da articulação dessas três possibilidades. Isso na perspectiva do que indica Morrey (1989) acerca de não haver uma separação didática do trabalho de Foucault, mas tais perspectivas se referirem a uma sequência cada vez mais organizada e amplificada de suas compreensões.

De acordo com Foucault (1988b), na perspectiva de ter empreendido um projeto de pesquisa que lida com a história da verdade, as problematizações detêm a possibilidade de considerar os modos a partir dos quais elas próprias se formam. A problematização pode ser considerada como preocupação central na história crítica do pensamento empreendido por Foucault, envolvendo jogos de saber-poder-subjetividade. Nesse conjunto de fenômenos, o saber e o poder são da ordem da produção, dos dispositivos, das práticas sociais disciplinadoras e normalizantes, e a subjetividade é da ordem dos efeitos (ZANELLA *et al.*, 2006).

A problematização das práticas de promoção da saúde do modelo brasileiro foi antecedida, primeiramente, pela organização de um conjunto de acontecimentos que marcam o momento em que, no Ocidente, e subsequentemente no Brasil, passa a ser exercido um tipo de poder político no encaminhamento de políticas de saúde pública (Capítulo 3). E, em segundo lugar, pela identificação de operadores metodológicos teóricos para o estabelecimento da biopolítica e dos processos de

governamentalidade do Estado sobre as populações, na perspectiva de Michel Foucault (Capítulo 4).

A partir desses fundamentos, a problematização propriamente dita se deu por meio da organização de um arquivo, com base em documentos, e da problematização dos discursos presentes nesses documentos, de modo articulado à análise dos dispositivos (a metodologia que passa agora a ser apresentada).

## 2.1 DAS FONTES: A ORGANIZAÇÃO DE UM ARQUIVO COM BASE EM DOCUMENTOS

A presente pesquisa se deu com base em fontes documentais relativas à instalação da política de saúde em geral e da política de promoção da saúde, datadas a partir de 1986, com o processo de democratização do Brasil. Tais documentos foram organizados na perspectiva de arquivo, ou seja, de que os documentos se constituem em monumentos, ou fontes para uma pesquisa histórica crítica à história tradicional que visa a reconstituição da memória dos acontecimentos (LE GOFF, 1991; ALBUQUERQUE JR., 1991; FOUCAULT, 2008a).

Muito mais que conservador de memórias futuras, a atenção dispensada por Foucault (2008a, p. 148) ao arquivo remete-o ao potencial de definição de atualidade do enunciado ao indicar “o sistema geral da formação e transformação dos enunciados”. Com base nessas premissas, os documentos acerca das políticas de saúde no Brasil, a partir da instalação do processo democrático, foram objeto de análise e problematização acerca de suas racionalidades e enquanto um programa. Ou seja, a fim de se analisar a atualidade dessas práticas a partir do processo de democratização, tais documentos foram interrogados acerca da maneira com que suas racionalidades constituem como práticas de promoção da saúde, por meio dos seguintes questionamentos:

- a) quais acontecimentos discursivos e não discursivos constituíram condições de possibilidades para que fosse possível a apresentação da promoção da saúde, bem como ocorresse a sua institucionalização?
- b) quais os modos de apresentação da promoção da saúde, e quais ligações estratégicas a outros discursos buscou, para que passasse a ser considerada uma diretriz geral para o sistema de saúde brasileiro?
- c) quais instituições estratégicas constituem pontos de apoio para que a institucionalização da promoção da saúde?



- d) quais os acontecimentos discursivos que podem ser conferidos à promoção da saúde de modo que alcançasse sustentação?
- e) como a promoção da saúde pode encontrar-se reeditando o poder político da vida, por meio de proposição de práticas medicalizadoras?
- f) como a promoção da saúde pode se apresentar enquanto modos de normalização biopolítica envolvendo processos de governamentalidade sobre os corpos dos sujeitos?
- g) como o as práticas de promoção da saúde exercem modos de sujeição e coerção sobre os corpos dos sujeitos alvos dessas práticas?
- h) como se dão as relações dos sujeitos sobre si mesmos a partir das práticas de promoção da saúde?
- i) quais trabalhos os sujeitos alvos das práticas realizam sobre si ou, ainda, como estes estabelecem linhas de fuga em face de tais práticas?

Assim, os documentos foram interrogados na perspectiva de que “só há constituição de um documento e de seu armazenamento em um arquivo a partir da entrada em cena de práticas de poder sobre os corpos” (LEMOS, 2010, p. 107). Portanto, sob a consideração de haver uma atualidade dos enunciados pelo poder a ele relacionado, que documentos relativos à promoção da saúde foram interrogados.

A Política Nacional de Promoção da Saúde teve seu processo de instalação apenas no ano de 2006. E, uma vez que se buscava compreender como seus discursos se faziam presentes a partir do processo democrático, optou-se por uma revisão bibliográfica sobre a temática, na base de dados LILACS da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde (BVS-MS).<sup>4</sup> Na revisão, quando se objetivou localizar publicações que tinham como interesse mais geral a discussão da promoção da saúde enquanto uma política no país, também foi possível identificar um conjunto de documentos constituídos, sobretudo, por legislações, mas também por alguns documentos institucionais do Ministério da Saúde, indicados como condutores do processo de instalação da promoção da saúde.

O arquivo contendo os documentos primários pode ser visualizado no quadro a seguir. Esse arquivo foi subdividido em três subarquivos, buscando-se visibilidade para distintos momentos da instalação das políticas de saúde no período democrático. Além de se estabelecer a

---

<sup>4</sup> Uma descrição mais detalhada e uma análise das publicações encontradas na revisão encontra-se no Apêndice 1.

periodicidade no conjunto dos documentos do arquivo, ressalta-se que os documentos do primeiro subarquivo interpenetram os demais, assim como os documentos do segundo subarquivo, e que não se tratam de legislações, coexistem com os documentos do terceiro subarquivo.

Quadro 1 - Documentos primários que instalam a Política Nacional de Promoção da Saúde

ARQUIVO COM DOCUMENTOS PRIMÁRIOS			
<b>PRIMEIRO SUB-ARQUIVO</b> Documentos relativos ao processo de democratização das ações de (promoção) da saúde	Constituição Federal de 1988 Lei nº 8080, de 19/9/1990 Lei nº 8142, de 28/12/1990 NOB/91 NOB/ 93 NOB/ 96 NOAS – SUS NOAS – SUS 01/2001 NOAS – SUS 01/2002 BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo de assistência.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 1997.		<b>Documento avaliativo da implementação da Estratégia Saúde da Família</b>
<b>SEGUNDO SUB-ARQUIVO</b> Documentos que procuravam dar institucionalidade à política de promoção da saúde: o Projeto de Promoção da Saúde	Brasil. Ministério da Saúde. <b>Política Nacional de Promoção da Saúde</b> (documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.  BRASIL. Ministério da Saúde. <b>As cartas da promoção da saúde.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2002.  BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Vamos Promover nossa Saúde?</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2002.  BRASIL. Ministério da Saúde. <b>A construção de vidas mais saudáveis.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2002	<b>TERCEIRO SUB-ARQUIVO</b> Documentos relativos à instalação da promoção da saúde: Série Pactos pela Saúde	
		BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2006  BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Promoção da Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2006	BRASIL. Ministério da Saúde. <b>Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos.</b> Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

Elaborado pela autora

Ressalta-se, no Quadro 1, que a organização do arquivo relativo às fontes primárias se deu com a inclusão de um documento indicativo de práticas dos sujeitos na relação com o sistema de saúde, mais especificamente com o nível de assistência no qual prioritariamente se dão as práticas de Promoção da Saúde – a Estratégia de Saúde da Família. Sendo assim, tomou-se para análise enquanto um arquivo os resultados da pesquisa “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos” que, dentre outras quatro capitais brasileiras, ocorreu, no ano de 2008, no município de Florianópolis. Tal pesquisa foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz e financiada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde.<sup>5</sup>

A revisão bibliográfica também levou à identificação de documentos secundários, em sua grande maioria posteriores ao destacamento da promoção da saúde no contexto mundial, após as Conferências de Alma Ata, em 1978, e Otawa, em 1986, e contemporâneos ao processo de redemocratização do país. Esses, que se encontram na seção de referências, serviram de apoio à compreensão e análise da instalação da promoção da saúde no país e suas relações com os contextos internacionais.

## 2.2 DA ANÁLISE DOS DOCUMENTOS: A PROBLEMATIZAÇÃO EM ARTICULAÇÃO COM A ANÁLISE DOS DISPOSITIVOS

A fim de ser realizada a análise arqueológica e genealógica dos discursos, os documentos foram lidos a partir de um roteiro orientador para a leitura,<sup>6</sup> elaborado com base em Lima e Miotto (2007). Tal análise foi realizada também fundamentada em documentos secundários que mantinham relação direta com a instalação do modelo de promoção no Brasil, tais como Conferências Internacionais de Promoção da Saúde, Documentos da OMS/OPAS e diversas bibliografias, muitos oriundos da pesquisa inicial na BVS-MS.

A partir dos arquivos organizados, ainda que houvesse uma interpenetração dos documentos na divisão proposta para os subarquivos, a análise foi feita de modo conservador, procurando-se dar uma visibilidade também cronológica à elaboração dos documentos. Assim, os do-

---

<sup>5</sup> Uma descrição mais detalhada deste documento, e de cada uma das fontes primárias componentes do Arquivo, encontra-se no Apêndice 3.

<sup>6</sup> Tal roteiro pode ser encontrado no Apêndice 2.

cumentos foram alvo de análise um a um, de modo sequencial. Isso possibilitou visibilidade do estabelecimento paulatino do discurso da promoção da saúde enquanto uma política, bem como do processo de instalação de práticas biopolíticas encadeadas com os discursos de promoção da saúde entre as políticas governamentais.

Assim, primeiramente, foram analisados aqueles documentos relativos à instalação de ações de saúde a partir de uma política de Estado relativa ao processo de democratização. Os documentos desse subarquivo não tinham a promoção da saúde como discurso central, mas esta aparece tão somente entre as discursividades sobre saúde. No segundo subarquivo, analisou-se documentos que procuravam dar institucionalidade à política de promoção da saúde - os documentos relativos ao que fora chamado “Projeto de Promoção da Saúde”. O terceiro arquivo foi organizado em torno da “Série Pactos pela Vida”. Fez parte desse terceiro subarquivo o documento intitulado “Política Nacional de Promoção da Saúde”, que instalou formalmente tal política no país.

A análise desses três grupos de documentos se deu, também, pela problematização de séries analíticas, que possibilitaram uma leitura transversal desses documentos. Estas foram organizadas na perspectiva arqueológica de Foucault (2008a), a partir da identificação de formações discursivas, ou eixos de regularidade de discursos encontrados nos documentos, que instalam o modo democrático de exercício de práticas de saúde no Brasil. As séries que constituem cada arquivo organizado são: “Encampamento pelo Estado”, “Gestão em saúde”, “Condições de saúde e adoecimentos da população”, “O desenvolvimento econômico”, “A participação social” e “Saúde como estratégia para a democracia”.

Cada uma dessas séries foi considerada como um conjunto de enunciados díspares sobre um objeto, constituindo-o e intervindo sobre ele simultaneamente. As séries, que foram organizadas a partir de uma regularidade nos documentos a partir do período democrático, ainda que sejam distintas, interconectam-se, ligando-se ao objeto estudado - a promoção da saúde - enquanto uma racionalidade política para esse campo discursivo. Tais séries discursivas ainda foram problematizadas em seu conjunto de enunciados, incidindo sobre o objeto da promoção da saúde, constituindo-o e intervindo sobre ele ao mesmo tempo. As séries, contudo, não conduziram a análise do documento indicativo de práticas dos sujeitos na relação com o sistema de saúde, sobre o qual fora realizada a análise genealógica na perspectiva da ética.

### 2.2.1 Da Análise Arqueológica

Na problematização do modelo de promoção da saúde brasileiro, por meio de tais séries, a objetivação do sujeito foi buscada por meio de documentos relativos à promoção de saúde, tomando-se como base a perspectiva arqueológica de análise. Partiu-se da ideia de que o enunciado da promoção da saúde, ainda que seja organizado em contraposição aos modelos anteriores delineados, forma um conjunto no qual se configuram biopolíticas ou tecnologias de poder que têm como alvo a vida. Nessa primeira perspectiva de análise, foram buscadas as condições de surgimento do discurso da promoção da saúde num certo momento histórico, ou seja, como esta é delimitada e sobre quais superfícies se encontra.

Na problematização do modelo de promoção da saúde brasileiro, por meio de tais séries, foram consideradas as práticas advindas desse modelo enquanto estratégias móveis, que envolvem saber poder e subjetividade como um dispositivo.<sup>7</sup> Assim, tal problematização foi realizada acompanhando-se as linhas de visibilidade, de enunciações, de força, de objetivação, de subjetivação e de fraturas de um dispositivo (DELEUZE, 1990). Na análise arqueológica foram buscadas as condições e situações nas quais são apresentadas as práticas de promoção de saúde. Tal problematização se deu acompanhando das linhas de visibilidade<sup>8</sup> de um dispositivo, conferindo-lhe historicidade.

---

<sup>7</sup> Deleuze (1990, p. 155), ao aprofundar a compreensão de dispositivo de Foucault, entendeu que “la filosofía de Foucault se presenta a menudo como un análisis de ‘dispositivos’ concretos”, onde o poder é um feixe de relações que, ao mesmo tempo, serve de condutor para a própria compreensão, pois permite dar visibilidade à mobilidade dos discursos, às batalhas entre estes e aos preenchimentos estratégicos que aí se fazem presentes. Fundamentado no trabalho de Foucault acerca do dispositivo, Deleuze (1990) identificou sua constituição no atravessamento de uma dimensão de saber ou de linhas de visibilidade e de enunciação e uma dimensão do poder ou linhas de força, que alcançam seus efeitos nas linhas de subjetivação. Ele apresentou o estudo de um dispositivo por meio dos próprios elementos que o compõe: visibilidade, presença da enunciação, linhas de força, linhas de objetivação e linhas de ruptura.

<sup>8</sup> Para Deleuze (1990), a visibilidade não se refere à luz que ilumina objetos pré-existentes, mas se dá na formação de linhas de luz que formam figuras variáveis e inseparáveis desse ou daquele dispositivo. “Cada dispositivo tiene su regimen de luz, la manera en que ésta cae, se esfuma, se difunde, al distribuir lo visible y lo invisible” (DELEUZE, 1990, p. 155). Com a ideia de luminosidade, Deleuze procura indicar como um dispositivo salta à vista para o seu analisador. Exem-

No estudo da constituição dos sujeitos a partir das práticas de promoção da saúde foram buscadas também as modalidades enunciativas e os aportes institucionais sobre os quais os discursos se colocam. A formação de conceitos nas suas formas de sucessão e coexistência com outros discursos também foi analisada, seguida das estratégias que mantêm a promoção da saúde no sentido de sua relação com outros discursos, funções e desvios (FOUCAULT, 2008a). Teve-se o propósito de identificar a dimensão do saber ou a dimensão da incidência do que é visível e dos enunciados que se apresentam a esses mesmos sujeitos. Assim, considerou-se o sujeito não enquanto pré-existente, mas como aquele que se constitui na relação com a ideia de promoção de saúde colocada. Aqui, buscou-se articular também as linhas de enunciação<sup>9</sup> de um dispositivo.

Foram buscadas as relações de saber e as modalidades enunciativas que constituem os sujeitos ou, “a que regras de produção [o discurso] está sujeito, sobre qual regime enunciativo, quais são seus modos de enunciação, que suportes encontra, que antagonismos enfrenta num campo discursivo” (ZANELLA, 2006, p. 30). A isso, na perspectiva de articulação aos dispositivos, somaram-se ainda as linhas de força<sup>10</sup> atuantes junto ao sujeito, buscando-se conhecer sobre a geração e o estabelecimento das práticas discursivas da promoção da saúde.

plifica, indicando a prisão como dispositivo onde não importa apenas a pintura, mas a arquitetura, como uma “máquina óptica para ver sin ser visto” (1990, p. 156).

<sup>9</sup> As enunciações são articuladas à análise do saber aqui proposta e nas linhas de enunciação “se distribuyen las posiciones diferenciales de sus elementos; y, si las curvas son ellas mismas enunciaciones, lo son porque las enunciaciones son curvas que distribuyen variables y porque una ciência em um determinado momento o un género literário o um Estado del derecho o um movimiento social se definen precisamente por regímenes de enunciaciones” (DELEUZE, 1990, p. 156).

<sup>10</sup> As linhas de força produzem-se em toda a relação de um ponto a outro e passam por todos os lugares de um dispositivo. “Invisible e indecible, esa línea está estrechamente mezclada con las otras y sin embargo no se la puede distinguir” (DELEUZE, 1990, p. 156). De acordo com Deleuze, trata-se da dimensão do poder que, ao se compor com o saber, “retifica” as curvas anteriores, ou seja, procurar-se-á aqui entender o poder presente na relação de saúde, por meio das linhas de força, uma vez que estas “trazan tangentes, envuelven los trayectos de una línea con outra, operan idas y veno, desde el ver al decir e inversamente, actuando como flechas que no cesan de penetrar las cosas y las palabras, que no cesan de librar una batalla” (DELEUZE, 1990, p. 156).

Na problematização não foi empreendida a análise do discurso em sua forma, em seu conteúdo, em seus aspectos linguísticos e em seus significados. No estudo dos documentos, procurou-se saber como seus enunciados se apresentam como jogos biopolíticos, a partir de um governo medicalizado da vida, bem como se colocavam as possibilidades de objetivação dos sujeitos. Assim, em uma perspectiva histórica, foram vislumbradas forças atuantes oriundas de diversos âmbitos e acontecimentos (movimentos sociais, ideologias liberais, indústria farmacêutica ou setores da gestão de saúde etc.).

### **2.2.2 Da Análise Genealógica do Poder e da Ética**

Paralelamente à análise arqueológica, os documentos foram analisados tomando-se como base uma leitura genealógica. Procurou-se primeiramente identificar a normatização biopolítica dos sujeitos da saúde e como as práticas de promoção da saúde promoviam a objetivação e subjetivação dos sujeitos e, muitas vezes, a sujeição desses. Ou, ainda, como poderia ocorrer a cristalização de minúsculas relações cotidianas de poder e pequenas e diversificadas coerções. Seguindo as recomendações de Foucault (1992, p. 182) no tocante ao método genealógico, na análise das práticas de promoção da saúde procurou-se identificar o poder, em suas extremidades e em suas últimas ramificações, incidindo sobre os corpos, ultrapassando as regras do direito que o organizam e o delimitam, procurando-se identificar como “ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violento”. Relacionado a isso, está que, ainda que a proposta de análise incluísse documentos governamentais, na análise do poder não foi postulada a soberania do Estado sobre os sujeitos nas suas formas jurídicas ou por meio de qualquer outro tipo de mecanismo.

Além disso, na perspectiva genealógica, o poder foi considerado investido em práticas reais e efetivas, “em sua face externa, onde se relaciona direta e imediatamente com aquilo que podemos chamar provisoriamente de seu objeto, seu alvo ou campo de aplicação; quer dizer, onde ele se implanta e produz efeitos reais” (FOUCAULT, 1992, p. 182). O poder foi considerado também não como fenômeno de dominação maciço e homogêneo de uns sobre os outros, mas como algo que circula. “Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; estes nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão” (FOUCAULT, 1992, p. 183). Assim, foi feita uma análise



ascendente, partindo “dos mecanismos infinitesimais que têm uma história, um caminho, técnicas e táticas e depois examinar como estes mecanismos de poder foram e ainda são investidos, colonizados, utilizados, subjugados, transformados, deslocados, desdobrados, etc.” (FOUCAULT, 1992, p. 184).

A análise genealógica dos documentos foi realizada buscando-se a emergência e proveniência de acontecimentos sociais, nem sempre notáveis aos olhos do historiador tradicional, quando se buscou desviar das periodizações, continuidades e teleologias habituais. Além disso, o poder não foi considerado como uma formação negativa, como opressão ou dominação, mas, em sua produtividade, “como poder que se exerce sobre a vida, em práticas disciplinares, em biopolíticas que controlam populações, produzindo corpos/subjetividades individuais e coletivos úteis ao capital” (ZANELLA, 2006, p. 31).

E, na proposta de se estudar a constituição dos sujeitos da saúde, e perseguindo as indicações de Deleuze, aqui as linhas de objetivação<sup>11</sup> podem ser consideradas como o encontro com as possibilidades de maior movimento desse sujeito constituído. As linhas de objetivação - *locus* dos efeitos de um dispositivo - possibilitaram o encontro de uma nova orientação que não faz simplesmente um fechamento em linhas de força com contornos definitivos, mas que, no tocante ao objeto da promoção da saúde em análise, consiste nas resultantes da incidência dos discursos sobre os sujeitos.

Na articulação com os dispositivos, o presente estudo envolveu a consideração da relação ética dos sujeitos com as práticas de saúde que os interpelam, ou seja, buscou-se em um documento resultante de uma pesquisa conhecer respostas dadas pelos sujeitos acerca dos procedimentos aos quais se submeteram. Buscou-se no documento indicativos de práticas desses sujeitos, a partir de cuidados em promoção da saúde, as subjetivações, o trabalho que realizam sobre si, produzindo-se, esteticizando-se e tornando-se sujeito moral em meio àquelas práticas de saúde.

---

<sup>11</sup> A linha de força da objetivação é transposta quando ela se curva, forma meandros, faz-se subterrânea, “quando la fuerza, se vuelve sobre sí misma, se ejerce sobre si misma o se afecta ella misma. Esta dimensión del si-mismo no es en modo alguno una determinación preexistente que ya estuviera hecha” (DELEUZE, 1990, p. 157). É, dessa forma, imprevisivelmente, que se dão as linhas de subjetivação, ou o processo de produção de subjetividade possível de se identificar a partir de um dispositivo. “Es un proceso de individuación que tiene que ver con grupos o personas y que se sustrae a las relacionaes de fuerzas establecidas como saberes constituídos: es una especie de plusvalía” (DELEUZE, 1990, p. 157).

Como diz Morey (1990), buscou-se entender como seria possível um “constituir-se” por parte desses sujeitos em face das práticas discursivas presentes de promoção da saúde sobre eles incidentes e como se subjetivam em face das relações cotidianas de poder, adotando condutas que visam o cuidado de si (FOUCAULT, 1995b). Procurou-se identificar como a promoção da saúde constitui-se para o sujeito em norma a ser subjetivada, colocando-a para funcionar em seus próprios corpos. Assim, foi buscado como pode estar sendo apresentado algo novo a partir dos processos de resistência às práticas de promoção de saúde intituladas de promoção da saúde, pois o estudo da constituição dos sujeitos, a partir dos traçados das linhas de subjetivação, instala a capacidade de rompimento e a possibilidade das práticas de liberdade, quando foi articulada a última linha de um dispositivo, as linhas de fratura,<sup>12</sup> resultado dos processos de subjetivação.

A análise, com base na genealogia da ética, buscou escapar das totalizações das investidas das práticas perante os sujeitos ou grupos atendidos, sendo averiguadas as linhas de fuga em face dessas práticas, por meio do estabelecimento de práticas de liberdade, mas não de forma difusa ou maciça (FOUCAULT, 1995b). Na análise da genealogia da ética, também não foi buscada a eficácia ou eficiência da execução das práticas de saúde estudadas.

### **2.2.3 Da Análise Articulada às Práticas**

A problematização dos discursos da promoção da saúde no Brasil se deu sempre considerando tais discursos como ordenadores de práticas, quando a noção de prática de Paul Veyne, enquanto mote fundamental para compreensões históricas, foi articulada ao presente estudo.

<sup>13</sup> Para Veyne (2008, p. 253), as práticas não são objetos imediatos da

---

<sup>12</sup> O dispositivo, pela sua capacidade de se transformar e de romper limites, tem, a partir da subjetivação, ou dos desvios ocorridos na objetivação, a possibilidade de constituir “una subjetivación, autónoma, aun cuando ulteriormente este llachada a suministrar nuevos saberes y a inspirar nuevos poderes” (DELEUZE, 1990, p.157).

<sup>13</sup> Veyne (2008) atribui ser Foucault aquele que “revolucionaria a história”, indicando a historicidade perspectivada pelo autor que “o que é feito, o objeto, se explica pelo que foi o fazer em cada momento da história; enganamo-nos quando pensamos que o fazer, a prática, se explica a partir do que é feito” (p. 257). Relacionado a isto, uma tese central de Michel Foucault e que desencadeia seu trabalho arqueológico se relaciona à negação decisiva do objeto natural, dando

consciência, os sujeitos não constituem as práticas, mas as práticas os constituem, uma vez que a consciência não é concebida, não tem ator, ela “não tem como função fazer-nos apreender o mundo, mas sim permitir-nos que nos dirijamos neste mundo; um rei não tem que conceber o que ele próprio e sua prática são: basta que sejam”. Ele atribui às práticas centralidade nas análises históricas, bem como indica suas características de mobilidade e estratégicas, o que passa a ser fértil para a análise do dispositivo da promoção da saúde aqui considerado.

O interesse pela localização da promoção da saúde na perspectiva das práticas torna possível, além das identificações dos modos como são preenchidos os espaços vazios, identificar as atualizações dos sujeitos diante delas, pois, para Veyne (2008), há de se aceitar o desafio de que há um grande número de objetivações, e isso é tudo, fazendo-se necessário focar nas práticas que projetam essas objetivações, aquelas mesmas que tomamos pelo Estado ou por variedades de Estados. Ou seja, há de se substituir a filosofia do objeto pelo foco na relação em que se envolvem tais práticas, não colocando extremidades para a análise - não se focando em objetos, e tampouco no Estado. Há de se encarar o problema pela prática e pelo discurso, pois “essa prática lança objetivações que lhe correspondem e se fundamenta nas realidades do momento, quer dizer, nas objetivações das práticas vizinhas” (VEYNE, 2008, p. 259), quando a prática atualizará os espaços vazios de outras práticas e também esta já não será mais a mesma.

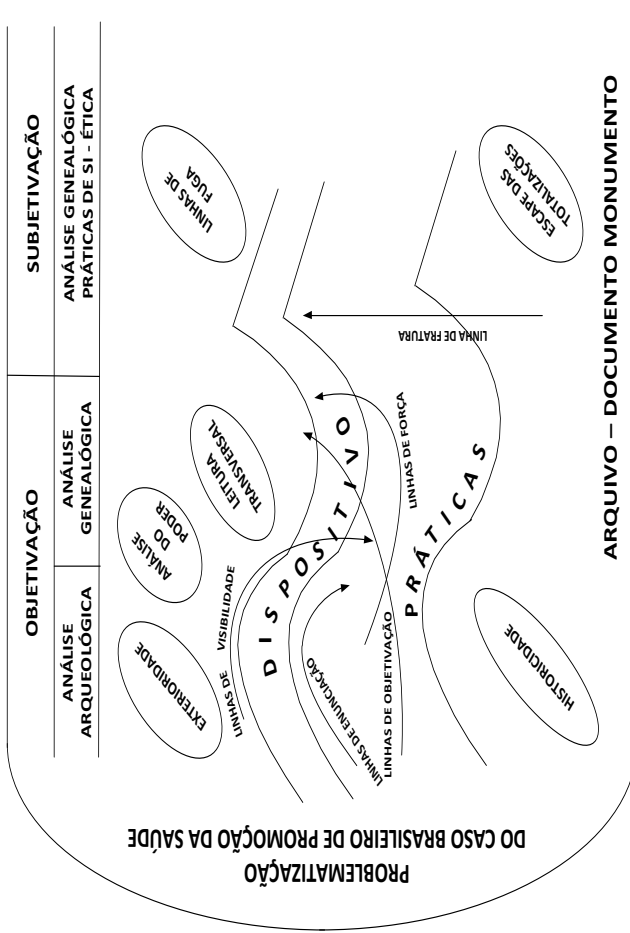
Nessa perspectiva, o estudo da proposta de promoção da saúde presente no cenário de saúde brasileiro considerou o sujeito, com Foucault (1995a) e Veyne (2008), como resultado de uma prática datada historicamente. Assim, reitera-se não ter sido realizado tal estudo fundamentado na tradição da história descritiva, mas buscando remontar a “problemas centralmente inscritos em um universo de preocupações: o conhecimento, os saberes, a política e os poderes” (ZANELLA *et al.*, 2006, p. 29) e ao sujeito produzido em tais práticas. Nessa análise histórica, tais problemas foram estudados sob uma perspectiva crítica, quando foi buscada a desconstrução de verdades e valores instalados em termos de produção do conhecimento, de relações de poder e de consti-

---

uma historicidade aos mesmos, ou seja, atribui ser a história, a história “daquilo que os homens chamaram de verdades de suas lutas em torno dessas verdades” (p. 268). Por outro lado, Veyne, ao se voltar para as práticas e não aos objetos, e aliar às primeiras, a dimensão de historicidade, deixa explícito o convite para uma frutífera articulação entre os métodos arqueológicos e genealógicos propostos por Foucault.

tuição dos sujeitos ou da subjetividade (ZANELLA *et al.*, 2006). A problematização dos documentos relativos ao processo de instalação do modelo de saúde no Brasil após o período de redemocratização foi esquematizado a partir da figura disposta a seguir:

Figura 1: Problematização do caso brasileiro de promoção da saúde





### 3 CENÁRIOS

#### 3.1 DA ESTATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS EM SAÚDE: CENÁRIOS MUNDIAIS

No presente capítulo, buscou-se indicar a instalação de práticas de saúde por parte dos Estados-nação, primeiramente, de um modo mais geral, no Ocidente, e depois no Brasil. Sem pretensão de sistematização e totalidade dos acontecimentos, entende-se, com Michel Foucault (2008a), a história marcada por descontinuidades e rupturas, ou a história como o estudo das diferentes configurações e movimentações de poderes. Sendo assim, buscar-se-á tão somente identificar as problemáticas de saúde relativas à urbanização das cidades e suas relações com a emergência do problema político das populações por parte dos Estados, quando estes tiveram como estratégia, para a sua própria constituição, diferentes encaminhamentos na área de saúde.

No cenário renascentista dos dois primeiros séculos após a Idade Média, a escalada de epidemias mobilizou apenas investimentos acerca de suas possíveis origens.<sup>14</sup> Nesse período predominavam as explicações epidêmicas relacionadas às condições atmosféricas (oriundas de miasmas que se elevavam da terra) e da suscetibilidade do corpo à doença, bem como predominavam as teorias contagionistas, especulativas, sobre o fato de minúsculos corpos serem causador das doenças. Assim, sem grandes investimentos do Estado em práticas que visassem à preservação da vida das populações, uma ruptura dessa condição pode

---

<sup>14</sup> Preocupações com as doenças já eram encontradas em registros acerca da História ocidental sobre a Grécia. O livro “De ares, águas e lugares”, um dos textos mais antigos do *Corpus Hippocraticum*, datado do final do século V A.C. Tal compreensão representou uma fissura nas mágicas compreensões anteriores acerca das doenças, apoiando-se ainda na concepção humoral que concebia a doença como um desequilíbrio nos quatro humores fundamentais para o funcionamento do organismo: linfa, fleuma, bile amarela e bile negra ou atrabile. O significado do número quatro remetia às quatro estações do ano, aos quatro elementos do universo e às fases da vida humana (SCLIAR, 2002). Tendo em vista seu componente empírico e pré-epidemiológico, esse texto já descrevia teorias e indicações práticas acerca de doenças endêmicas e epidemias como a difteria e a malária (ROSEN, 1994). A medicina de Hipócrates ficou praticamente inalterada até o século XIX, atravessando esse período como teoria dos miasmas.

ser encontrada quando as concepções mercantilistas levaram ao estabelecimento paulatino de uma razão de Estado, na qual a doença e a enfermidade, pela primeira vez, eram vistas como problema econômico que precisava ser enfrentado (FOUCAULT, 1992; ROSEN, 1994).

Diante dessa nova demanda, destaque pode ser dado para John Graunt, que, em 1662, na Inglaterra, estabeleceu métodos de análise e interpretação de índices matemáticos de adoecimentos, sendo seguido no século seguinte pelos avanços dos cálculos de probabilidades, o que tornou possível um governo da saúde em números. Enquanto isso, na Alemanha, já se fazia presente a ávida prática do Estado nas questões de saúde designadas de *Medizinalpolizei* ou Polícia Médica (ROSEN, 1994).

A convicção de que os governos precisavam se utilizar de força política diante das condições de saúde da população adquiriu maior envergadura no século XVIII. Nesse momento, países europeus viam-se em plena mudança de seu ritmo quando do crescimento das cidades europeias em função da industrialização e aderiram, ao seu modo, a ações voltadas para as condições sanitárias das pessoas. Na Alemanha, a justaposição de unidades de territórios e a conseqüente convicção de responsabilidade do Estado pela oferta de políticas resultaram na organização de uma medicina social de Estado.<sup>15</sup> O estudo de Peter Frank, intitulado “Systemeiner Vollständigen medicininschem Polizei”, afirmou o conceito de polícia médica como um tipo de governo centralizador das ações sanitárias, a partir do qual passou a ser destacado e normatizado o papel do médico (FOUCAULT, 1992). Ao longo de seus nove volumes publicados entre os anos de 1779 e 1814, o estudo de Frank continha direções higiênicas e morais para a ação do Estado no que tange à alimentação, gestação, saúde pública em geral, doenças epidêmicas, estatística e saúde naval. Nesse mesmo século, Rudolf Virchow teve participação no fortalecimento de um discurso de Estado para direções cuja preocupação de fundo era o atendimento das necessidades econômicas por meio da manutenção da saúde e da ordem social (SCLIAR, 2002; ROSEN, 1994).

---

<sup>15</sup> Foucault (1992) reconstitui em seu texto “O nascimento da medicina social” três etapas na formação da medicina social: a medicina de Estado, a medicina urbana, e a medicina da força de trabalho. Tais formações são correspondentes a realidades da época na Alemanha, França e Inglaterra, respectivamente. O estudo de Foucault permite ver a organização de medicinas de acordo com situações sociais específicas de cada um desses países.



Na Alemanha, a medicina social contribuiu para um conjunto de ações em face das condições sanitárias, pois o Estado, no intuito de manter as condições de saúde no ambiente da cidade, utilizou-se de uma medicina que, diferentemente daquelas praticadas na Idade Média, tinha nesse período, como alvo, o corpo social. Ou, como coloca Foucault (1992, p. 80),

com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho [...]. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista.

Na França, na esteira das ações sanitárias dos países vizinhos, problemas e encaminhamentos semelhantes se faziam presentes. Contudo, nesse país a medicina social se deu com base nas estruturas urbanas, quando, por meio de concepções locais da medicina urbana, um pensamento sanitário mais independente se organizou. A medicina social apregoou, sob a égide da racionalidade científica da época, normas de convivência aos sujeitos, abrangendo espaços físicos e arquitetônicos, nas casas ou cidades, nos âmbitos educacionais, colocando disciplinas e objetivos para os mesmos, regras e rotinas de cuidados com a saúde para todos os sujeitos, em face dos perigos e confusões conferidos pelo espaço urbano (FOUCAULT, 1992). As novas configurações urbanas, conferidas pela industrialização, trouxeram como condição investimentos na disciplinarização dos sujeitos nas emergentes cidades. Essa nova ordem urbana, também denominada sob o estandarte mais geral de higienismo,<sup>16</sup> tratava-se de um conjunto de determinações para as condições sanitárias e higiênicas das pessoas na cidade, envolvendo a sua organização geral (BOARINI; YAMAMOTO, 2004).

Louis Vilhermé foi um representante desse pensamento na França, com a organização de um relatório sobre condições de trabalho

---

<sup>16</sup> De acordo com Boarini e Yamamoto (2004), o movimento higienista não se tratou de um tipo de movimento com iniciativa popular, como o seu nome sugere, mas da difusão dos ideários de um conjunto de médicos, que, organizados em instituições, colaboraram para o protagonismo do Estado na execução de ações higienistas.

que resultou em mudanças na legislação trabalhista. Outra dinâmica estabeleceu-se na elaboração de procedimentos em face das situações, por meio das decisões de conselhos locais. Destaque pode ser dado ao fato de que a vida doméstica da família burguesa teve grande investimento estatal. Esta era investida, de acordo com Donzelot (1980), pela medicina moral, na qual o médico prescreveria e a mãe executaria, sendo dispensados às crianças cuidados diferentes daqueles antes exercidos pela criadagem, e, a partir daí, se davam desdobramentos morais para a vida dos pobres. Ainda na França, grande parcela da sociedade foi colocada em um processo de tutelarização da vida familiar com uma gigantesca campanha sanitária e moral das classes pobres, sobretudo através da escola, como limitadora de imprevidência e promotora da organização da vida. A população pobre fora colocada sob dependência da filantropia, cuja distribuição de bens tinha o objetivo de influenciar sua relação com o dinheiro, tudo isso tendo em vista o não desperdício das forças vivas e a conservação e utilização dos indivíduos (FOUCAULT, 1992; DONZELOT, 1980).

A escalada do crescimento industrial trouxera no século XIX, para Londres e outras grandes cidades européias, uma medicina social voltada para a força de trabalho. Essa medicina social buscava dar conta de situações lúgubres e sombrias, de pessoas apinhadas em cortiços miseráveis, imundícies nos locais de trabalho onde latrinas eram exíguas para o tamanho que tomava a população. Isso fez com que fosse necessário o “controle de saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas” (FOUCAULT, 1992, p. 97). A isso soma-se que espaços públicos para a convivência se restringiam aos bares, sem qualquer interferência do governo diante dessas realidades. Em algumas cidades, mais da metade da população vivia em porões ou em pátios, sendo ali mesmo destinado todo tipo de dejetos. Em face dessas condições, concepções sanitárias mais vultosas ganhariam corpo nos países europeus, já sendo extensivas a países colonizados no continente americano. Na Inglaterra, a aplicação da Lei dos Pobres (pensão até então concedida, pelo Estado, aos pobres), passou a se circunscrever àqueles incapacitados fisicamente, de modo a se ter liberado o mercado e enaltecer a moral relativa ao trabalho. Arelado a essa lei, foi realizado, sob a coordenação de Edwin Chadwick, um trabalho de inquérito sobre as condições de Londres, que levou a um relatório com proposições de amplas mudanças na organização urbana, sobretudo aquelas preventivas, relativas à drenagem das ruas, sistema de esgoto, suprimento de água e outras ações envoltas no campo da engenharia. Tais medidas foram adotadas apenas em parte

pela tensão que geravam diante do liberalismo, ganhando visibilidade apenas décadas depois (ROSEN, 1994).

Um capítulo à parte no processo de estatização das políticas de saúde no Ocidente é relativo ao papel da instituição hospitalar. O hospital, até o século XVIII, não era *locus* de convergência das preocupações com a saúde pública, a não ser pela sua localização, que deveria ser distante dos centros urbanos. Os hospitais também não eram espaço para a aprendizagem da medicina científica, pois “alteram as leis específicas que regem a doença, e que perturbam aquelas, não menos rigorosas” (FOUCAULT, 2006, p. 41). A formação médica, que sequer passava pelo hospital, passou a ter este como lugar importante, na medida em que se deu uma “mudança da relação da doença com esse olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui” (FOUCAULT, 2006b, p. 97), bem como com a mudança de postura médica em face dos conhecimentos da anatomia patológica. A clínica, antes estranha à investigação dos cadáveres, muda e atemporal, passou a ter na anatomia o estabelecimento de novos saberes sobre o corpo. Assim, ao mesmo tempo em que a medicina vinha se constituindo, era encontrada também sob o estandarte de uma prática política com o estabelecimento de saberes de uma medicina social. O conhecimento oriundo das instituições hospitalares possibilitou a “emergência de uma medicina clínica fortemente centrada no exame, no diagnóstico, e na terapêutica individual” (FOUCAULT, 1992, p. 194).

A clínica, que se conformou em um poder médico pelo saber, tem esse saber dimensionado com a disciplinarização do espaço hospitalar que registra, forma e regula os sujeitos em uma perspectiva individual, mas também coletiva (populacional), pois, de acordo com Foucault (1992, p. 111),

pela disciplinarização do espaço médico, pelo fato de se poder isolar cada indivíduo, colocá-lo em um leito, prescrever-lhe um regime, etc., pretende-se chegar a uma medicina individualizante. Efetivamente, é o indivíduo que será observado, seguido, conhecido e curado. O indivíduo emerge como objeto do saber e da prática médicos. Mas, ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos quotidianamente, quando confrontados entre os hospitais e nas diversas regiões, permitem constata-

tar os fenômenos patológicos comuns a toda a população.

Com a incorporação dos avanços da biologia, na associação causal entre a bactéria e a doença,<sup>17</sup> foi possível uma medicina científica com alcances na determinação do agente da doença. E este último, fixado como organismo singular, “permitiu que o hospital se tornasse um lugar de observação, de diagnóstico, de localização clínica e experimental, mas também de intervenção imediata, ataque voltado para a invasão microbiana” (FOUCAULT, 1992, p. 119). Paralelamente ao estabelecimento das novas funções do hospital, com o alcance de uma medicina científica, a saúde pública destinada a populações colocou-se definitivamente enquanto instância científica e política dos problemas, sendo, ao mesmo tempo, uma medicina individual e social. Com a bacteriologia, foi alcançada uma saúde pública baseada na medicina científica, pois esta pode desenvolver suas atividades em escala superior, colocando-se como um caminho mais racional e específico para o controle das doenças infecciosas.

A bacteriologia, que pode ser considerada um acontecimento na história do tratamento das doenças, paradoxalmente, levou ao fortalecimento do higienismo e seus modos de controle da vida dos sujeitos individuais. Ao invés de aumentar o potencial explicativo do processo saúde-doença, tirou de seu foco as condições nas quais os sujeitos viviam, condições essas que se colocavam no bojo das causas dos adoecimentos (DA ROS, 2006; MINAYO, 2002). A bacteriologia, assim como

---

<sup>17</sup> O investimento no estudo das bactérias pelo químico Louis Pasteur, entre as décadas de 1860 e 1880, se deu com bases em explicações epidêmicas das doenças *versus* explicações contagionistas das doenças. Derivações dos estudos hipocráticos, as primeiras enfatizavam a constelação de condições climáticas e locais (teoria dos miasmas) e as segundas eram consideradas inicialmente especulativas e tiveram aproximação mais efetiva do que viria a ser a bacteriologia com Girolamo Fracastoro, que concluiu que a infecção era a consequência, e não a causa das doenças - oriunda de diminutos agentes infecciosos, sementes. Isso fez emergir uma concepção material da doença, atribuída ao contágio, ao invés de pensá-la como desequilíbrio atmosférico e corporal. Outro contribuinte para a bacteriologia foi Jacob Henle, que, em 1840, formulou uma teoria que considerava organismos vivos causadores de doenças contagiosas. A bacteriologia se desdobrou em várias outras possibilidades de conhecimentos, dando as bases para a imunologia, parasitologia e as práticas de esterilização, um campo denominado pelo próprio Pasteur de microbiologia (ROSEN, 1994; CZERESNIA, 1997).

o saneamento e as respectivas ações higiênicas, focou-se em uma racionalidade biológica, que, ao longo dos primeiros anos do século XX, passou a ser fundamento nas ações de disciplinarização e medicalização da vida da população, bem como de responsabilização do indivíduo pela sua saúde (CASTIEL, ÁLVAREZ-DARDET, 2007), o que significou, de acordo com Foucault (1992), a formação de uma saúde pública por meio da biopolítica das populações.

### **3.1.1 A Saúde das Populações como uma Preocupação Transnacional**

A assunção da saúde pública por parte dos Estados envoltos em um governo médico sobre as populações também estabeleceu a organização internacional de saúde que já vinha se apresentando como possibilidade desde o final do século XIX. A preocupação predominante com as epidemias, tendo em vista os interesses do comércio e fluxos migratórios, requereu a união de países que tinham as ambições do desenvolvimento industrial (ROSEN, 1994, p. 25). Tal união é aludida por Lima (2002) como “a consciência a respeito do 'mal público',<sup>18</sup> representado pelas doenças transmissíveis, e da necessidade de estabelecer medidas de proteção em níveis nacional e internacional contribuíram para a criação de fóruns e organismos de cooperação em escala mundial”. Especificamente no Continente Americano, essa união levou à constituição da primeira organização internacional de saúde - a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS), quando da Primeira Conferência Sanitária Internacional em Washington, no ano de 1902. Lima (2002, p. 25), sobre a criação da OPAS, lembra que a “industrialização e a expansão dos mercados no âmbito do desenvolvimento do capitalismo, com a consequente intensificação das trocas internacionais, não são condições suficientes para explicar tal fato”. Na América Latina, a vontade de poder sobre o mercado foi notória. O governo estadunidense, no exercício de ações políticas de caráter pan-americano, foi força propulsora para grandes empreendimentos de afirmação cultural no continente, com um dos eixos voltados para a temática da saúde. Disto decorreu que a construção de agendas comuns e intercâmbios técnicos e políticos entre especialistas e governos passou a ser corrente.

---

<sup>18</sup> Grifo da autora, referindo-se ao conceito de Wanderley Guilherme dos Santos, “que define 'mal público' como fenômeno que atinge a todos os membros de uma coletividade, independentemente de terem contribuído para seu surgimento e disseminação” (LIMA, 2002 p. 25).

Com diversas reuniões pautadas nas enfermidades transmissíveis, a OPAS alcançou, na década de 1930, expansão nos seus acordos, que passaram a incluir aspectos da administração de saúde pública, nutrição, saneamento ambiental, enfermagem e bolsas de pós-graduação. Estas últimas, com incentivos financeiros da Fundação Rockefeller, ativa no combate às doenças transmissíveis em países como o Brasil, foi grande propulsora das políticas de formação de profissionais de saúde na América, onde se destaca o modelo flexneriano<sup>19</sup> como diretriz para o ensino médico (DA ROS, 2006; PIRES-ALVES, PAIVA, 2006; MACÊDO, 1997; LIMA, 2002).

Rosen (1994) mostra que, no século XX, na continuidade e estabelecimento das descobertas da bacteriologia, o otimismo com a eliminação dos perigos de algumas doenças levou países como os Estados Unidos e a Inglaterra, mais ávidos na apreensão dos conhecimentos do século anterior, ao protagonismo no uso de tecnologias. Nesses países, destaca-se a implementação de trabalhos educativos com a missão de educar e levar conhecimentos sobre nutrição escolar, gestação e amamentação à população, muitos deles formulados por instituições voluntárias. Esse tipo de prática, que será vista mais adiante, ao longo do século XX, vai se configurar como o preventivismo.

No final da II Guerra Mundial, a extensiva destruição de muitas nações, ao que se soma haver o prenúncio da Guerra Fria, levou ao estabelecimento da Organização das Nações Unidas (ONU), em 1945, com objetivos de paz e cooperação entre os países vencedores no conflito. Sob a ideia de que um sujeito saudável seria aquele sem doenças, e de que estas se colocavam na contramão do desenvolvimento, a saúde da população, na esteira das ações da OPAS, foi investida de encaminha-

---

<sup>19</sup> Abraham Flexner, no início do século XX, com base em uma série de visitas em escolas médicas estadunidenses e canadenses, elaborou diretrizes para o ensino médico que tiveram reflexos nas formações de médicos de todo o mundo, sobretudo na América Latina. Dividiu o ensino em ciclos básico e clínico, sendo que este último deveria ocorrer no hospital. De acordo com Flexner, o estudo da medicina deve ser centrado da doença em sua forma individual e concreta. Flexner considerava a doença processo natural e biológico, não devendo as dimensões sociais relacionadas ao adoecimento constarem no ensino médico, pois não implicam no processo de saúde e doença. As visitas nas escolas de medicina deram origem ao que fora denominado Relatório Flexner, que sugeriu para os Estados Unidos o não financiamento de faculdades que adotassem métodos de compreensão das doenças com base em aspectos sociais (DA RÓS, 2006).

mentos conjuntos entre países, por meio de uma agência especializada<sup>20</sup> da ONU: a Organização Mundial de Saúde (OMS). À OMS, criada em 1948, e formada por diversos países, foi delegada a função de deliberar por regulações e políticas estatais de saúde. Em sua estrutura foi mantida a OPAS, com independência de ação no continente Americano (MACÊDO, 1997).

O texto constitucional da OMS é enfático ao afirmar a saúde enquanto um direito, tendo os governos “responsabilidade pela saúde de seus povos, somente cumpridas através da adoção de medidas de saúde e sociais adequadas”.<sup>21</sup> Movidos por essa diretriz, os países membros da OMS desenvolveram ações articuladas a programas, fundos e agências especiais. Destaque pode ser dado para a Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL), criada para formular propostas econômicas para o desenvolvimento regional, que teve suas possibilidades de ação ampliadas com a criação do Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD) e outras agências de dados sobre a região. Tal iniciativa pode dimensionar que a OMS deixou muito claro que ações em saúde são necessariamente intersetoriais, bem como estabeleceu a “saúde como o mais completo Estado físico, mental e social e não apenas ausência de doenças ou enfermidades”.<sup>22</sup> Tal definição, que foi, por um lado, uma perspectiva considerada avançada pela sua amplitude, por outro é criticada por ser considerada utópica e estática. Essa concepção passou a ser

---

<sup>20</sup> No estudo de Macêdo (1997), o estabelecimento da ONU pode ser visto desdobrado em um conjunto programas, fundos, comissões e agências especializadas, articulados com a problemática do adoecimento: Fundo para a Infância (UNICEF), Programa para o Desenvolvimento (PNUD), Fundo para Atividades de População (FNUAP), Programa para o Meio Ambiente (PNUMA), Programa para o Controle de Drogas, (UNDCP) Organização para a Alimentação e Agricultura (FAO), Organização Internacional do Trabalho (OIT), Organização para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) e Comissão Econômica para a América Latina (CEPAL).

<sup>21</sup> Tradução livre da autora: “governments have a responsibility for the health of their peoples which can be fulfilled only by the provision of adequate health and social measures” (Constituição da OMS. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>>. Acesso em: 7 de abr.2011).

<sup>22</sup> Tradução livre da autora: “health is a state of complete physical, mental and social well-being and not merely the absence of disease or infirmity” (Constituição da OMS. Disponível em: <<http://www.who.int/governance/eb/constitution/en/index.html>>. Acesso em: 7 abr. 2011).

fazer parte da agenda de diversos países, sobretudo os latinoamericanos, no pós-guerra (CAPONI, 1997; KAHALLE, 2003).<sup>23</sup>

A saúde atrelada à responsabilidade do Estado foi relacionada à identificação do previdencialismo universalista como caminho para a efetivação dos Estados-nação, o que ficou conhecido como *welfare state*. Em uma sociedade marcada pelo pós-guerra, em que o trabalho era condição para o desenvolvimento econômico, os direcionamentos postos para as políticas sociais pela ONU, e para a saúde pela OMS, especificamente, encontravam consonância num período em que o Estado tinha como papel a criação de mecanismos sociais de equilíbrio das populações, tendo em vista seu desenvolvimento econômico. Destaque nessa corrente pode ser dado ao plano Beveridge,<sup>24</sup> desenvolvido na Inglaterra, e que serviu de modelo para as políticas sociais de muitos países envoltos na empresa econômica (ROSEN, 1994).

De acordo com Macêdo (1997), na segunda metade do século XX a OMS fez um acompanhamento mais marginal da previdência privada paralela às políticas de saúde sob responsabilidade estatal nos países em industrialização. Diante da progressiva especialização médica vinculada à previdência, acompanhou com maior preocupação o hospital público e a saúde pública nos sistemas de saúde dos países membros. Relativamente a essa complexidade médica, desenvolveu diversos programas voltados à educação médica e recursos humanos para a saúde, com a participação da Fundação Rockefeller. Destaque pode ser dado ao fato de que o campo de ação da OMS encontrava-se envolto nas contradições entre desenvolvimento e objetivos econômicos. Faziam parte dessas contradições interesses que, por um lado, eram voltados à saúde das pessoas para serem produtivas e, por outro, eram voltados às corporações transnacionais incluindo a indústria farmacêutica que, na década

---

<sup>23</sup> A definição da OMS se deu antecedida pela circulação de noções anteriores que ligavam saúde à condições de vida. Henry Sigerist em 1941 já havia escrito: “saúde é, por conseguinte, não simplesmente a ausência de doença, ela tem alguma coisa positiva, uma prazerosa atitude frente à vida e uma aceitação jovial das responsabilidades que a vida coloca para o indivíduo” (NUNES, 1992, p. 76)

<sup>24</sup> O plano Beveridge é exemplo do ideário do *welfare state*, preocupação de cunho econômico com a saúde de populações, sobretudo na expansão do capitalismo no início do século XX. No ano de 1942, Willian Beveridge apresentou ao governo inglês o relatório “Seguridade social e serviços afins”, no qual condicionava a seguridade social aos cuidados com a saúde, devendo um serviço de saúde de um país oferecer tratamento preventivo e curativo universal. Tal relatório passou a fazer parte do sistema de saúde daquele país (ROSEN, 1994).



de 1960, encontrava-se em franco desenvolvimento, sendo pouco possível qualquer acordo em outras direções.

Outra limitação das possibilidades de ação da OMS (fora sua ação mais abrangente), na segunda metade do século XX, ocorreu em países com os mais baixos indicadores em saúde. Ainda que nos indicadores da saúde da população da América Latina fosse visível o aumento de expectativa de vida entre as décadas de 1950 e 1970, por exemplo, esses mesmos dados mostravam que a OMS deixara passar ao largo avanços do conhecimento no campo da saúde a nações distantes do desenvolvimento econômico (MACÊDO, 1997). Por outro lado, na década de 1970, as ações da OPAS na América Latina foram conduzidas pelas preocupações intersetoriais, dependentes do desenvolvimento global, como indicado no Plano Decenal de Salud para las Américas (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973). Esse plano resultou de uma reunião de ministros de Estado no começo daquela década e foi um “esforço continental em direção à saúde”, introduzindo muitos dos direcionamentos posteriormente tomados pela OMS.

Diante de uma urgência em se alcançar saúde, e ao mesmo tempo de uma crise da medicina científica, a partir da segunda metade do século XX o preventivismo emergiu como um paradigma no modelo médico. Presente nas deliberações da OPAS e da OMS desde a década de 1950,<sup>25</sup> sua metodologia foi assumida pelas redes estatais de países membros. Consistiu em um movimento internacional defensor da medicina integral<sup>26</sup> crítico ao modelo unicausal de compreensão da doença e ao mesmo tempo fundamentado no modelo da História Natural da Do-

---

<sup>25</sup> Os boletins das oficinas sanitárias pan-americanas, disponíveis no acervo da biblioteca da organização pan-americana da saúde, tiveram frequentemente discursos preventivos, nesse período, sobretudo aqueles voltados à educação médica. exemplo disso pode ser o texto intitulado “nueva orientación en la enseñanza de la medicina preventiva” de dearing palmer, de 1954 (disponível em: <<http://hist.library.paho.org/spanish/bol/v37n4p446.pdf>>. acesso em: 7 abr. 2011).

<sup>26</sup> O modelo da medicina integral foi um movimento ocorrido na década de 1950 e era fundamentado na ideia de que o paciente seria um todo biológico psicológico e social. Foi tomado, na perspectiva do ensino médico, como a integração com as ciências do comportamento, sobretudo vislumbrando-se a inclusão das ciências sociais no ensino médico, contudo sem grandes efeitos integrativos aos currículos da medicina. Tal modelo culminou em práticas médicas em grande parte direcionadas para famílias e comunidades (AROUCA, 2003).

ença.<sup>27</sup> Para Arouca (2003), a medicina preventiva foi uma mudança centrada apenas no ensino da prática médica, sem avanços nos conhecimentos, de modo que se pudessem alcançar os fenômenos. O movimento preventivista na medicina “mais do que mudanças, na estrutura da atenção médica, representou um movimento ideológico, uma leitura liberal dos problemas de saúde. Partiu de uma crítica da prática médica e propôs uma mudança baseada na transformação da atitude médica para com o paciente, sua família e a comunidade” (AROUCA, 2003, p. 36). Ou seja, a medicina preventiva incidiu sobre a doença como um ponto e instaurou “uma totalidade que agrupa o conjunto das condutas preventivas e difunde-as entre o corpo médico, uma totalidade composta de duas unidades, que naturalmente, não são contraditórias, mas assim se tornam pelo saber médico” (AROUCA, 2003, p. 42). A medicina preventiva manteve-se centrada na doença, sendo a integração pretendida com a comunidade baseada em esquemas artificiais, impondo um nível de medicalização científica e, ao mesmo tempo, político, na geração da expectativa de superar dificuldades de várias naturezas em espaços sociais (NUNES, 1994; FERREIRA *et al*, 2009).

Em função de sua lógica, pode-se dizer que o preventivismo foi solo fértil para a persistência da ideia de saúde como ausência de doenças. O preventivismo na saúde pública instalou vigilância intensiva dos sujeitos sobre seus corpos, atenção para as possibilidades de diagnósticos oriundos das tecnologias mais recentes, e uma indiferença ao fato de a saúde ser condicionada às condições de vida. Trata-se de uma característica marcante do modo moderno de aplicação do poder, que já não incide mais sobre o corpo especificamente, mas sobre a subjetividade na qual cada sujeito governa sua própria saúde.

A medicina preventiva afirmou um conjunto de discursos sobre riscos e agravos à saúde presentes em diversos espaços da vida sem alcançar avaliação de indicadores de saúde da população. Assim, a me-

---

<sup>27</sup> No modelo de história natural da doença, de Leavell e Clark, a ideia de causalidade advém da interação permanente entre três sistemas: o hospedeiro, o agente patogênico e o meio ambiente, levando a dinâmica entre esses sistemas à cura, incapacidade ou morte. Desse modelo desdobram-se os níveis de prevenção primária, secundária e terciária. Tal modelo, que deu as bases para a medicina preventiva, foi criticado por Arouca (2003), uma vez que, ao mesmo tempo em que considera os problemas sociais, ao não especificar qual a sua amplitude, retira a sua possibilidade de consideração. Ele apenas coloca as pessoas em alerta para regras de boa condução da vida, inserindo em uma mesma grande categoria ações individuais preventivas.

dicina preventiva ofereceu grande guarida para a afirmação da perspectiva médica de atendimento, bem como para o complexo industrial farmacêutico (NOGUEIRA, 2003). Nessa mesma direção, a medicina preventiva, de acordo com Castiel e Dardet (2007, p. 463), fez com que grande parte da demanda sanitária fosse induzida pela medicalização do futuro, o que alcançou até mesmo uma virtualização de princípios bioéticos como o da beneficência, pois “los médicos no solo diagnostican y tratan enfermedades, cada vez mas diagnostican y tratan riesgos”.

A condução das práticas sociais relativas à saúde, a partir da medicina científica, dando base ao preventivismo, envolvendo preocupações transnacionais e interesses econômicos, estabeleceu saberes que estreitaram as margens de possibilidades dessas mesmas práticas sociais, com decorrências para a compreensão do que seja saúde. Isso porque o preventivismo, que entende saúde ser relativa à ausência de doença, não coincide com uma definição afirmativa de saúde.

Além disso, a ótica preventivista, assentada na perspectiva de risco, traz outros problemas para a definição do que seja saúde. Caponi (2007a) mostra como a ideia de risco acentua as marcas de uma saúde preventiva, pois, uma vez que se coloca com objetivos de dizimar os riscos, acaba por focar a condição individual de risco. Sobretudo nas últimas décadas do século XX, a epidemiologia como encaminhadora das ações em saúde passou a ter como foco as estatísticas de adoecimentos e identificação de condições que levassem a situações de morbidade, mas se distanciaram em muito das circunstâncias concretas de vida que precisam ser modificadas.<sup>28</sup> Para Caponi (2003; 2007a), a ideia de saúde, sob a égide da crítica da perspectiva de risco, seria a abertura ao

---

<sup>28</sup> Caponi (2007a), fundamentando-se nos estudos de Robert Castel, para quem os estudos das biopolíticas das populações de Michel Foucault foram fundamentais, dá visibilidade aos deslocamentos na ideia de risco nos últimos séculos. Para a autora, a ideia de risco teve primeiramente seu foco para a proteção de acidentes e adoecimentos devido a situações insalubres do Século XVII e XVIII-I. Tal preocupação, no entanto, deslocou-se, sobretudo ao longo do Século XX, para a dimensão individual da vida, voltando-se para intervenções em estilos de vida, que estatisticamente mostravam algum significado no aparecimento de doenças. Essa preocupação moderna relativa risco, contudo, encontra dificuldade de açambarcar esferas que relacionem adoecimentos a condições de vida dos sujeitos.

risco. E, nessa direção, não poderia ser objetivo da saúde pública o de buscar a saúde perfeita, mas a potencialização da visibilidade do que seja risco em toda a sua amplitude, e não apenas em algumas de suas esferas, o que desviaria ações em saúde com caráter fragmentado, totalizado e disciplinarizador de sujeitos.

Em uma compreensão crítica ao preventivismo, de acordo com Luz (1991, p. 88), saúde tenderia “a ser percebida como efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência”, por meio das quais a sociedade teria a possibilidade de superar politicamente a compreensão dominante de saúde como “estado biológico abstrato de normalidade ou ausência de patologia”. Essa constatação permite indicar que, com a compreensão das limitações do preventivismo no processo de estatização das políticas em saúde, o conceito de saúde se dá pela identificação do campo de tensões que tais práticas colocam na vida dos sujeitos e de onde quase sempre decorrerão indicativos de ampliação das práticas.

Qualquer definição do que seja saúde será o esforço de identificar parâmetros colocados pelas práticas sociais, econômicas e políticas refletidas pelas tensões que aí se fazem presentes. Assim, saúde, e do mesmo modo sua conceituação, são condicionadas pela análise das práticas sociais, a partir da intermediação dessas pelo Estado. Decorrente da estatização da preocupação com a manutenção da vida dos sujeitos, saúde passa a ter o espaço da política como balizamento do que venha a ser. Isso de certa maneira já se encontrava evidenciado ela OMS no seu conceito de 1948. E, ainda com Czeresnia (2003), saúde também tem impossibilidades de ser um conceito pleno, estabelecido, pois sua amplitude envolve múltiplas dimensões, muitas transcendentais ao Estado, para as quais concorrem as práticas sociais, as instituições e os sujeitos.

### **3.1.2 A Promoção da Saúde como Consecução da Saúde Ampliada**

Em uma articulação mundial, sanitaristas de países à margem do desenvolvimento preconizado, somados a líderes mundiais de saúde de países preocupados com as frentes produtivas, entenderam que novas direções precisariam ser acordadas em relação à saúde das populações. Sob a diretriz da participação das pessoas nos processos de saúde e da universalização dos serviços para toda a população, ocorreu, na então União das Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS), a Conferência de

Alma Ata,<sup>29</sup> em 1978. Essa conferência teve como principal mote a construção de propostas alternativas ao modelo biomédico. Nela, a diretriz de atenção primária em saúde é afirmada como responsabilidade dos governos e foco para onde deveriam convergir as ações em saúde, devendo-se considerar o desenvolvimento social e econômico global da comunidade. Ou seja, a atenção primária passa a ser a prioridade em saúde como o primeiro nível de contato dos indivíduos, da família e da comunidade com o sistema nacional de saúde.

Apesar do impacto da ideia de “saúde para todos” proferida em Alma Ata, bem como a de atenção primária, ao contrário dos países mais desenvolvidos, os países menos desenvolvidos aproveitaram pouco das possibilidades referendadas. Decorrente da crise econômica vivida nos anos de 1980, quando parte dos países latino-americanos chegaram a níveis não administráveis de dívidas com grandes potências mundiais, a adoção desses conteúdos ocorreu de modo muito diferenciado por cada um dos países. Eles aplicaram pouco do detalhamento dos direcionamentos deliberados em Alma Ata, distantes dos encaminhamentos relativos à participação popular e universalização do atendimento (MACÊDO, 1997).

As proposições de Alma Ata foram seguidas por outros projetos e deliberações da OMS que envolviam cooperações internacionais, projetos de comunicação e disseminação de informações, articulações de organizações não-governamentais, entre outros. Mendes (2011, p. 88) indica que a definição de Alma Ata se fazia presente nesses debates sob duas perspectivas: a de que seria “o nível fundamental de um sistema de atenção à saúde, o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidades com esse sistema; e seria parte de um sistema global de desenvolvimento econômico e social”. Sob a égide da economia, muitos debates nesse período ocorreram, sendo digna de nota a indicação de que a atenção primária ocorresse de modo seletivo, ou seja, voltada à população à margem do desenvolvimento econômico.

De acordo com Buss (2003), antes mesmo de Alma Ata, a proposição de promoção da saúde feita pelo Ministério da Saúde do Canadá em 1974, em um documento com o título “A New Perspective on the Health of Canadians”, foi um acontecimento importante para decisões posteriores sobre promoção da saúde. O Ministério da Saúde canadense, na pessoa de seu ministro La Londe, nome com o qual correntemente

---

<sup>29</sup> O texto da Declaração de Alma Ata pode ser encontrado na íntegra em: <<http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/saude/almaata.htm>>. Acesso em: 1 mar. 2009.

tem sido designado tal documento, reuniu subsídios políticos, técnicos e econômicos para a promoção da saúde naquele país. Tal documento visava enfrentar os custos crescentes da assistência médica, bem como fazia críticas ao modelo médico destinado às doenças crônicas em face dos resultados pouco significativos que este apresentava.

Esse documento estabeleceu o conceito de campo da saúde, reunindo os chamados determinantes da saúde, com a divisão “do campo da saúde em quatro amplos componentes: biologia humana, ambiente, estilo de vida e organização da assistência à saúde, dentro dos quais se distribuem inúmeros fatores que influenciam a saúde” (BUSS, 2000, p. 167). Carvalho (2004a) mostra que, se por um lado, as abordagens derivadas de La Londe foram responsáveis pela melhoria da qualidade de alguns grupos sociais, por outro tiveram um efeito menor ou mesmo negativo por parte de setores marginalizados. A partir dessa perspectiva, pode ser vista uma higiomania e corpolatria, quando o estilo de vida e hábitos pessoais passaram a ser foco principal das ações de promoção da saúde, gerando práticas disciplinares, criticadas pela ênfase em intervenções behavioristas desviadas da complexidade do fenômeno da saúde, derivando culpabilizações das vítimas (NOGUEIRA, 2003; MARCONDES, 2004; TRAVERSO-YEPEZ, 2007).

Determinada em perseguir novos modelos de se alcançar a saúde das populações, e na esteira do que indicou Alma Ata, em Copenhagen, a OMS, em 1984 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984), introduziu oficialmente o conceito de promoção da saúde,<sup>30</sup> quando

---

<sup>30</sup> O termo promoção de saúde teve sua primeira apresentação formal em 1946, ligado ao âmbito acadêmico, em especial na historiografia da medicina. Henry Sigerist, à época, definiu quatro tarefas essenciais à medicina: a promoção de saúde, a prevenção de doenças, o tratamento dos doentes e a reabilitação. Para ele, a saúde deveria ser promovida proporcionando condições concretas de vida digna: boas condições de trabalho, educação, cultura e descanso. A noção de promoção da saúde de Sigerist é notadamente precursora do conceito de saúde cunhado pela OMS em 1948 (NUNES, 1992; TERRIS, 1992; BUSS, 2000). Já mais tarde, na década de 70 do último século, e no auge do movimento preventivista, Leavell e Clark, com base no modelo de história natural da doença, elaboraram três níveis de prevenção, nos quais localizaram a promoção de saúde no primeiro nível proposto: a atenção primária. Esta englobava promoção da saúde e proteção específica. O nível secundário compreendia o diagnóstico e tratamento precoce, mais a atenção às limitações da invalidez. Por último, do nível terciário, faziam parte as atividades de reabilitação (BUSS, 2000). Pode ser notada na proposição de promoção de saúde de Leavell e Clark uma centralidade no modelo médico para as ações de saúde que propõe.

afirmou que este envolve a população como um todo no contexto cotidiano, em lugar de concentrar a atenção em grupos de risco e doenças específicas. No entanto, o espaço de maior afirmação dos discursos do que ficou cunhado como uma “nova” promoção da saúde (CARVALHO, 2004a) foi a Conferência de Ottawa, ocorrida no Canadá, em 1986, sob o mote da promoção da saúde. Tal conferência se deu quando, por um lado, o quadro epidemiológico da maioria dos países que buscavam o desenvolvimento se mantinha crítico, sem resolutividade por meio da medicina preventiva, enquanto que, por outro, retornavam compreensões do final do século XIX, de que uma vez que se mudasse a condição da sociedade, seriam encerradas as epidemias. Tal compreensão, na segunda metade do século XX, passou a ser denominada de epidemiologia social (BARATA, 2005; DA RÓS, 2006, ANDRADE, 2006).<sup>31</sup>

Ottawa<sup>32</sup> também pode ser entendida como um tipo de avanço de caráter metodológico nas proposições da Conferência de Alma Ata, pois saúde passou a envolver a intermediação do Estado para a consecução de um projeto de sociedade que combinava abordagens diversas (TERRIS, 1992). De acordo com as diretrizes dessa Conferência,

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia.

---

<sup>31</sup> Contemporâneo a Sigerist, os estudos de Tomas Mackeown foram fundamentais para o estabelecimento da perspectiva da promoção da saúde, para as tomadas de decisão do Estado canadense acerca da promoção da saúde e para a ideia de uma epidemiologia social. Ao estudar as inter-relações entre saúde e situação socioeconômica ligadas à tuberculose na Inglaterra e País de Gales entre as décadas de 1940 e 1970, mostrou que essa doença diminuiu sem contribuição da introdução de medicamentos específicos, mas a partir das transformações das condições de vida daquelas populações (ANDRADE, 2006).

<sup>32</sup> O texto da Carta de Ottawa pode ser encontrado na íntegra em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2009.

Em Ottawa, saúde passou a ser considerada como condição concreta de vida - moradia, meio ambiente, educação e acesso aos serviços - sendo a ideia de promoção da saúde afirmada como método de se atender às populações, com ênfase nos níveis primários de atenção à saúde. A Carta de Ottawa enfatiza os componentes do bem estar como condições fundamentais para a saúde, a advocacia em saúde, a equidade, a capacitação do povo, a intersetorialidade, e recomenda a ação correspondente de construção de políticas públicas e ambientes favoráveis. Ainda em Ottawa, ganhou destaque a ação intersetorial como requisito para a promoção de saúde (BUSS, 2000), pois na Carta de Ottawa,

Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia.

Para Terris (1992), a Carta de Ottawa superou abordagens tradicionais sobre saúde, na medida em que seus conteúdos

remetem aos antecessores intelectuais do atual movimento para a promoção da saúde: à Rudolf Virchow, cuja solução para doenças epidêmicas em 1847 era “prosperidade, educação, e liberdade, as quais podem se desenvolver apenas na base da democracia total e irrestrita” (4); e à Henry Sigerist, que comentou no movimento alemão da saúde em 1848 que: “As pessoas nunca foram consultadas. Elas não tiveram voz nessas decisões. A saúde das pessoas, no entanto, é de interesse das próprias pessoas. Elas devem querer saúde. Elas devem lutar por ela e planejá-la”<sup>33</sup>.

---

<sup>33</sup> Aqui Terris (1992) faz citação de Sigerist, H. E. *Medicine and Human Welfare*. New Haven: Yale University Press, 1941, p. 96. Tradução livre da autora: “There are two other significant ways in which the Ottawa Charter goes beyond traditional approaches to health strategy. These hark back to the intellectual predecessors of the current movement for health promotion: to Rudolf Virchow, whose remedy for epidemic disease in 1847 was “prosperity, education, and



Signatária de críticas apresentadas mundialmente pelas instituições estatais e científicas relacionadas à saúde, Ottawa delineou o resultado de conferências posteriores que se dedicaram a aprofundar acordos acerca da promoção da saúde. A partir da Conferência de Ottawa, outros eventos internacionais indicaram formulações teórico-conceituais e políticas para a proposta de promoção de saúde, tais como a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada na Austrália, em 1988 e a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, na Suécia, em 1991. Nesse período, em 1992, a Declaração de Bogotá realizou ajustes das direções de Ottawa para a América Latina (BUSS, 2003).

A partir da IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em Jacarta, Indonésia, em 1997, a OMS definiu, em 1998, sete princípios norteadores para os programas políticas e planejamento em promoção da saúde: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). Depois disso, ocorreu a V Conferência Global sobre Promoção da Saúde, realizada na Cidade do México, em 2000. Por último, ocorreu, em 2005, a VI Conferência Global de Promoção da Saúde em Bancoc, na Tailândia.

Esse conjunto de conferências paulatinamente aperfeiçoou e-nunciados como os de participação e intersetorialidade, que se firmaram enquanto método de introdução da promoção da saúde no cenário estatal, de relações sociais e de práticas (WESTPHAL, 2006). Por outro lado, de Ottawa e das conferências que a seguiram ressoaram muitos discursos que procuravam instalar práticas sob a égide da promoção da saúde. Depois de Ottawa, promoção da saúde foi, sobretudo, relacionada à educação em saúde, como condição para preparar os indivíduos para a cidadania (PEREIRA; PENTEADO; MARCELO, 2000; PEDROSA, 2004; OLIVEIRA, 2005; PELICIONI e PELICIONI, 2007; LOPES, 2008). Relacionado à educação (PEREIRA, 2009), o discurso sobre o empoderamento reúne grande divergência dado o campo de tensões onde se dá a promoção da saúde, não alcançando equilíbrio, mas masca-

---

liberty, which can develop only on the basis of ‘complete and unrestricted democracy’ ” (4); and to Henry Sigerist, who commented on the 1848 German health movement that The people were never consulted. They had no voice in all these deliberations. The people’s health, however, is the concern of the people themselves. They must want health. They must struggle for it and plan for it” TERRIS, 1992, p. 38-39).

rando as relações de poderes relacionados (CARVALHO, 2004a; CARVALHO, 2004b; CARVALHO e GASTALDO, 2008; FERREIRA e CASTIEL, 2009).

*Pari passu* ao aprimoramento do discurso da promoção da saúde por meio das conferências, os direcionamentos de Ottawa levaram países a proferir discursos sobre saúde ampliada em detrimento da assistência médica preventiva (BUSS, 1998; 2000; 2003), conduzidos pelo modelo flexneriano. Contudo, o BIRD, na década de 1990, assumiu a liderança no desenvolvimento de uma nova agenda internacional para políticas de saúde, apoiando projetos de ajuste estrutural. Estes implicaram uma lógica de custo-efetividade na perspectiva da racionalização da oferta.

Na década de 1990, o BIRD publicou diversos relatórios, sendo o de 1993 intitulado “Investindo em saúde” (MACÊDO, 1997). Esse conjunto de relatórios pode ser relacionado às mutações

na estrutura da produção, nas relações sociais concernentes ao trabalho, na vida política e cultural do capitalismo em plano mundial que atinge em cheio as nações, com efeitos de grande concentração de capital nas economias centrais e de concentração de renda e desagregação social nas nações situadas na periferia do sistema (LUZ, 2000, p. 303)

Em um cenário em que havia um alinhamento de forças para modos globalizados e neoliberais, países latino-americanos periféricos na concentração de capital e capacidade produtiva reorganizaram suas políticas sociais, reorganização esta que consistiu em desmontes de políticas sociais construídas até então. De um lado, fizeram-se presentes discursos humanitários em face das mazelas sociais de países marginais ao desenvolvimento econômico e, de outro, ocorreram investimentos, por parte de países desenvolvidos, de até 12% do Produto Interno Bruto (PIB) no seu setor saúde.

Em meio a esses antagonismos, a promoção da saúde já havia alcançado superação das críticas relativas ao Relatório “La Londe”, de 1974, que reeditou divisões em sua consideração. Essa promoção ainda se associava a um caráter progressista, designada de “moderna” por priorizar condições de vida, por meio da equidade social e princípios democráticos, mas também era considerada reflexo de uma política social de caráter neoliberal, individualista, de regulação e vigilância

(BUSS, 1998; 2000; 2003; CARVALHO, 2004a). Assim, por meio do investimento de diferentes segmentos institucionais, a promoção da saúde alcançou, no final do século XX e início do XXI, largo espaço entre os discursos da saúde, porém sem convergência de compreensões sobre como podem ocorrer suas práticas (CZERESNIA, 2003; TRAVESSO-YÉPEZ, 2007; BYDŁOWSKI; WESTPHAL; PEREIRA, 2004).

Essa divisão de posicionamentos sobre o que seja promoção da saúde, em linhas gerais, se dá em virtude de não haver uma destacada divisão do que seja prevenção ou promoção da saúde, seja nos discursos ou efetivação das suas práticas. Para Castiel e Álvarez-Dardet (2007, p. 465), ainda se encontra evidenciado um modelo de saúde hegemônica, quando,

la promoción de la salud hegemónica puede ser interpretada como una política persecutoria de neohigiene, de fuerte contenido moral con vistas a la longevidad, bajo la perspectiva de que nos mantengamos en el interior de la economía globalizada de acuerdo con la perspectiva del mundo racional de la productividad, de la generación de riquezas y del consumo.

Os autores enfatizam que há de se reconhecer o conhecimento produzido sobre risco em saúde, mas também deve ser necessário indicar os efeitos de sua utilização indiscriminada e vínculos com aspectos socioculturais relativos ao individualismo e controle social, pois saúde efetivamente depende de mudanças na responsabilidade assumida por empresas, instituições e relações políticas e econômicas entre países.

Assim, promoção da saúde se inscreve diante da mesma problemática do que venha a ser saúde. Se essa última somente pode ser definida por meio das práticas sociais que a condicionam, sendo sua definição circunscrita ao espaço da política, a promoção da saúde tão somente convocou a participação dos diversos setores da sociedade para produzirem práticas sociais diferentes daquelas da medicina científica e do preventivismo. A promoção da saúde carrega as mesmas possibilidades de definição do que seja saúde, apenas deixando mais destacada a dimensão social e intersetorial para o estabelecimento de seu parâmetro. Conduzidos pelo Estado, tais setores, sobretudo em um modelo econômico neoliberal, têm a tarefa de alcançar o que seja uma saúde ampliada, desviante do modelo flexneriano, por meio de intervenções em setores

da sociedade que coloquem o setor saúde nessa direção (STOTZ e ARAÚJO, 2004).

Relacionado a isso, de acordo com Ferreira Neto (2009), podem ser as práticas de promoção da saúde voltadas para a participação e emancipação, mas também atravessadas por dimensões regulatórias e disciplinares, na perspectiva de um exercício de poder político sobre a vida (FURTADO, 2008; RABELLO, 2006), com decorrência no cumprimento de princípios da bioética e responsabilidade na consecução de suas práticas (VERDI; CAPONI, 2008). A isso pode ser acrescido, segundo Czeresnia (2003), a dependência da capacidade do Estado de buscar delimitações dos saberes da medicina científica e da ainda vigente racionalidade preventiva.

## 3.2 DA ESTATIZAÇÃO DAS POLÍTICAS EM SAÚDE: CENÁRIOS BRASILEIROS

### 3.2.1 Da Exiguidade de Práticas no Brasil Colônia e no Brasil Império

Pensar a saúde no Brasil colônia exige a lembrança de que, nos primeiros anos de colônia, essas terras ainda eram extensamente povoadas por povos indígenas. Estes viviam em grande equilíbrio com a natureza e retiravam dela tudo o que precisavam, inclusive para o enfrentamento de seus adoecimentos. Por outro lado, com a chegada do colonizador português, o que poderia ser chamado de saúde ocorria por meio das relações entre os governantes e seus vassallos, em que a presença do médico era requerida em situações de doença e morte. Era a rara a presença de médicos nas terras brasileiras, pelas poucas vantagens oferecidas e falta de familiaridade com a flora tropical. A quase totalidade da população, quando acometida por algum tipo de doença, recorria curandeiros e benzedeiras (SCLIAR, 2002; MACHADO *et al*, 1978).

A organização mais próxima do que podia se intitular saúde se iniciou, no século XVI, por meio da fisicatura - um tipo de fiscalização dos médicos e de um tipo de subclasse médica (os cirurgiões), bem como das boticas onde eram vendidos remédios e aplicadas sanguessugas. Conforme Machado *et al* (1978), tal realidade é compreendida como base para a institucionalização da profissão médica no país, que mantinha esses personagens ligados ao poder soberano monárquico. A fisicatura passou por algumas modificações com o Regimento de 1744, que,

contudo, não visaram ideais de saúde, mas de ordem administrativa e de cobrança de emolumentos. Também sem grandes diferenças, em 1782 ficou estabelecida a realização da tarefa do que foi chamado de protomedicato, que se relacionava a uma lei e organização específica para a colônia. Nesse contexto, a Câmara de Vereadores, de acordo com as Ordenações Filipinas,<sup>34</sup> é quem tinha a tarefa de higiene, de receber queixas relativas às condições de comercialização de alimentos e de realizar o controle portuário. Ainda que o protomedicato se encontrasse restrito à fiscalização, com ações que se estendiam em atestar navios e receber oficiais, ele sempre se manteve como um tipo de assessoria aos problemas que chegavam à Câmara, mas centrada nos objetivos de regulação. A medicina nesse período desempenhava uma tarefa burocrática e não havia incorporado um discurso social voltado à higiene pública. As Ordenações Filipinas, ainda que contivessem em seu texto argumentos adjacentes ao que poderia ser entendido como saúde (ou doença) da população,<sup>35</sup> não levaram ao estabelecimento de uma ação tenaz de

---

<sup>34</sup> As Ordenações Filipinas constituíam a base do direito português e o primeiro conjunto de leis aplicadas no Brasil colonial, a partir de 1532, quando da assunção das terras coloniais. Tal Código foi aplicado até o século XVIII. Disponível em: <<http://www1.ci.uc.pt/ihti/proj/filipinas/11ind.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

<sup>35</sup> As Ordenações Filipinas mencionam, no Livro 1, Título 68: “Dos Almotacés” (membro da câmara de vereadores que realizava passeios, verificando denúncias de diversas irregularidades e aplicava multas), as seguintes passagens que tratam da vigilância em relação à higiene da cidade:

18. E andarão pela cidade, ou Villa, em modo que se não façam nella sterqueiras, nem lancem ao redor do muro esterco, nem outro lixo, nem se entupam os canos da Villa, nem a servidão das agoas.

19. Cada mez farão alimpar a cidade, ou Villa, a cada hum ante as suas portas das ruas, dos sterco e mãos cheios. E farão tirar cada mez as esterqueiras do lugar, e lançal-as fora nas partes, onde dor ordenado pelos Vereadores, em que serão postas stacas; e tirar-se-hão á custa dos visinhos e moradores, que per testemunhas, que summariamente per palavra perguntarão, lhes constar, que as fizeram ou mandaram fazer, sem privilegiado algum ser escuso da dita paga. E o Almotacacé, que não fizer as sterqueiras no seu mez, pagará quinhentos réis por cada huma, e os Juízes os executarão, e não os executando, incorrerão na dita pena.

20. E não consentirão, que se lancem bestas, cães e gatos, nem outras cousas sujas e de mal cheiro na Villa. E os donos dellas as soterrarão fora do povoado, em modo que sejam bem cobertas, e não cheirem. E quem assi os não soterrar, pagará para o Concelho, ou para quem o accusar, duzentos réis pela besta, cento pelo cão e concoenta pelo gato.

saúde da população. Esta era lacunar e eivada de fraudes na cobrança das multas e no teor das fiscalizações. Tampouco essa legislação portuguesa teve efeitos nos discursos e práticas médicas em uma direção diferente daquela, individual, curativa e restrita à pequena parcela da população (MACHADO *et al*, 1978).

A preocupação com um projeto de saúde da população também não seria encontrada nos hospitais. Nestes, ainda que houvesse alguma diretoria terapêutica, esta não ficava a cargo do médico, ausente nesses estabelecimentos. De caráter privado, vivendo de esmolas, o hospital abarcava mais o atendimento à miséria, morte e assistência religiosa (de forasteiros, moribundos e marinheiros, com morte certa), do que à doença (MACHADO, 1978 *et al*; SCLIAR, 2002). Mais uma vez, o texto das Ordenações Filipinas ajuda a compreender a função do hospital nessa época, quando se limita a estabelecer procedimentos de caráter administrativo acerca de bens e propriedades dos hospitais de misericórdia.<sup>36</sup>

Costa (1983) mostra que a assunção dos problemas de saúde dos brasileiros no período colonial está localizada na emergência das cidades do século XVI e XVII e na necessidade de organizar a sua defesa, seja dos inimigos externos (invasores e pestilências) ou dos internos: vagabundagem, alcoolismo e vida desregrada. Uma organização administrativa, sobretudo do ponto de vista moral, foi convocada para estabelecer direções para esquadramento da cidade, quando a ideia de exclusão da doença por meios dos lazaretos é afirmada, bem como hospitais militares passam a ter investimentos governamentais. Nesses últimos, os médicos passam, paulatinamente, a ocupar espaço de formação de seus pares e na cidade passam a funcionar como assessores nos pro-

---

21. Outrosi mandarão pregoar em cada mez, que cada hum alimpeas testadas de suas vinhas e herdades, que vierem ter aos caminhos públicos, sob certa pena. E dos que as não alimparem, se os Rendeiros as não arrecadarem, façam-as arrecadar e lançar em livro sobre o procurador do Concelho.

22. Item, conhecerão das demandas, que se fizerem sobre o fazer, ou não fazer de paredes de casas, de quintaes, portas, janellas, frestas e eirados, ou tomar ou não tomar de agoas de casas, ou sobre metter traves, ou qualquer outra madeira nas paredes, ou sobre stercos e immundicias, ou águas, que se lançam, como não devem, e sobre canos e enxurros, e sobre fazer de calçadas e ruas”

(Ordenações Filipinas, Livro 1, título 68, 1604. Disponível em: <<http://www1.ci.uc.pt/ihiti/proj/filipinas/11ind.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2010).

<sup>36</sup> “Do Juiz dos Feitos da Misericórdia e Hospital de Todos os Santos da cidade de Lisboa”. As Ordenações Filipinas, Livro 1, título 16, 1604. Disponível em: <<http://www1.ci.uc.pt/ihiti/proj/filipinas/11ind.htm>>. Acesso em: 11 nov. 2010.

cessos decisórios. Estava, no Brasil, colocado o ingresso dos médicos em uma medicina social, capitaneada pelo Estado, sendo que vale ressaltar, com Machado *et al* (1978), que não havia saber médico que antecedia seu trabalho, mas sim um trabalho de formulação a partir de demandas específicas do Estado, correspondentes aos problemas enfrentados pela cidade. Por isso, a medicina realizada a partir daqui é adjetivada de social, tal qual indicara Foucault (1992) no processo de estatização da medicina.

É nessa ausência de “vocação” para ser social, mas orquestrada pelo Estado, que a medicina no século XIX, quando da chegada do reino português ao Brasil, em 1808, com demandas de defesa e enriquecimento da colônia, deixa de ter seu lugar fiscalizador e passa a ocupar cargos oficiais no controle da higiene pública. Essa mudança ocorreu inspirada no modelo de polícia médica do alemão de Peter Frank,<sup>37</sup> elaborado no século anterior naquele país, e que previa a oes de interven o do Estado na vida e na saúde dos indivíduos (SCLYAR, 2002).

Em 1828 ocorre o estabelecimento de uma medicina de Estado no Brasil. A fiscaliza o foi extinta tendo em vista que atendia mais aos interesses da velha estrutura colonial de controle, ficando os feitos da higiene pública para os provedores das Câmaras de Vereadores. A medicina   então convocada a uma a o positiva e transformadora, cujo objeto central   a normaliza o. Nesse sentido, por meio da organiza o da Sociedade de Medicina, ocorreu a participa o de médicos em projetos para municípios, elabora o de leis, combate a epidemias. O Código de Posturas de 1832   modelar nesse sentido, pois estabeleceu a legisla o sanitária municipal para o Rio de Janeiro e englobou no seu raio de a o desordens da cidade, cemitérios, enterros, g neros alimentícios, medicina, medicamentos, pântanos, águas infectadas, currais, matadouros, açougues, hospitais, casas de saúde, moléstias contagiosas, fábricas, etc. (MACHADO *et al*, 1978).

Nesse contexto, as epidemias já faziam parte do cenário dos controles estatais. E, ainda que a medicina tivesse alcançado uma a o débil no sentido de preven o, ao mesmo tempo tinha poder de penetra o no conjunto político e institucional; condi o que levou ao estabelecimento de uma centralidade médica, que para o plano individual indicou “um código de direitos e deveres dos seres sociais, que define o que se deve e se pode fazer, que não se deve e não se pode fazer; o bem

---

<sup>37</sup> Vide capítulo anterior acerca da Polícia Médica na Alemanha.

comum aparece como parâmetro a partir do qual este código se forma” (MACHADO *et al*, 1978, p. 248, p. 254). Já no plano social, a cidade é objetivo e objeto privilegiado, no qual, para a medicina “nada do que é urbano pode lhe ser estranho”. Ela adquire status de ação preventiva, vigilante “contra tudo o que no espaço social pode interferir no bem estar físico e moral”, onde o natural e o social são as categorias que permeiam a análise (MACHADO *et al*, 1978, p. 248).

O Brasil, que após a vinda da corte, se apresentava cada vez mais como um pólo de produção agrícola, teve, na esteira da medicina social, a instalação de um funcionamento familiar burguês. Costa (1983) descreve que, nessa época, práticas higienistas se deram por meio de intervenções médicas na organização das casas e das relações familiares, com destaque para uma revisão do papel da mulher no tocante ao modo de ocorrência de relações íntimas e sociais entre os sujeitos, nas quais esta era emissária das normas médicas na ordem familiar. De acordo com o autor, “a higiene ministrava a seu público ensinamentos que iam desde aqueles da alçada de um engenheiro ou de um arquiteto até aqueles da competência de um mentor de etiqueta social” (COSTA, 1983, p. 114). A medicina passa a exercer um processo de medicalização daquela sociedade, incorporando funções antes desempenhadas por outros agentes sociais, como os de legalidade real e da igreja.

No caso do Brasil, práticas da medicina social instalaram diferenciações entre classes sociais, tais como a diferença entre aqueles sujeitos que ostentavam vestimentas e comportamentos correspondentes à assepsia normatizada. Ao mesmo tempo, a família brasileira foi se colocando como consumidora de uma série de produtos prescritos pela nova ordem social. Para Costa (1983, p. 140), progressivamente, a família brasileira enclausurou-se, incorporando à sua intimidade a presença médica, ou seja, em vez de absorver o ambiente social, esta “desenvolveu um metabolismo seletivo, bem regulado, assimilando certos fatos, rejeitando outros, mantendo seu equilíbrio pela obediência às leis da saúde”.

Ao longo do século XIX, no Rio de Janeiro e em Salvador, foram criadas as primeiras escolas de medicina, que se tornaram faculdades de medicina, por meio da aprovação no Congresso, por força da Sociedade de Medicina do Rio de Janeiro. Outras instituições foram criadas, como a Junta Central de Saúde Pública e um centro de pesquisas dedicado à medicina tropical - a Escola Tropicalista Baiana, em 1783. Esta última estudaria as doenças epidêmicas características da região (malária, febre amarela e várias parasitoses). As motivações de



criação dessas instituições incluíam o interesse em preservação da imigração que começava a chegar ao país para a assunção do trabalho na agricultura, tendo em vista as já presentes negociações para a abolição da escravatura. Um projeto de branqueamento da população também se fazia presente nas intenções desse centro de pesquisa (SCLYAR, 2002).

Ainda que tivesse ocorrido uma parca instalação de instituições no Brasil durante o período imperial, seu conjunto pode ser considerado um embrião do que viria ser a assunção estatal dos problemas de saúde da população. O Brasil, organizado como nação, ainda não tinha se colocado no jogo econômico que envolvia o cenário mundial, mantendo-se até então capitaneado pela posição colonialista, sob o âmbito econômico e sob o de saúde.

### **3.2.2 Da Saúde Pública no Brasil Republicano: a emergência de uma saúde estatal**

O período da Primeira República no Brasil (1889-1930) herdou grandes problemas epidêmicos do período anterior. Faziam-se presentes as epidemias de antes, mas essas resultaram em diferenciado interesse sanitário e médico. O motor de tal interesse aliou interesses econômicos à constituição de um pensamento coletivo diante das ameaças de doenças. Estas, que são um capítulo à parte na história da formação do Estado Brasileiro, passaram a ser, na compreensão da potencialidade dos micróbios, agentes capazes de gerar outro tipo de conexão entre os homens brasileiros, desafiando os arranjos individuais (HOCHMAN, 1998).

Com relação ao risco da exposição ao contágio pelas doenças, uma intervenção potente do Estado passou a ser cada vez mais requerida para mediar a tensão entre população, setores produtivos e outras instituições. No início do século XX, no Brasil, ainda se fazia presente o debate acerca do contágio e a teoria dos miasmas, o que se configurou como contagionismo e anticontagionismo.<sup>38</sup> O primeiro atribuía a difusão das

---

<sup>38</sup> Ressalte-se que a discussão acerca das constituições epidêmicas ou contagionistas não pode ser considerada exatamente como uma divergência. Tal antagonismo, que atravessou a história da saúde pública dos séculos anteriores, se manteve com a bacteriologia e reside na busca de localização, especificidade e intervenção para os temas da saúde, enquanto valores do pensamento médico nesse período - berço para o a lógica positiva até então existente e para a ocorrência de práticas pautadas no medo e rejeição. Ambas têm origem explicativa

doenças aos microorganismos. Buscava programas de evitação dos contatos entre sujeitos doentes e saudáveis, com a modernização do atendimento, por meio da imposição de isolamentos e quarentenas. Reunia grande parte dos contagionistas, seguidores de Oswaldo Cruz, sendo também associado à Sociedade Brasileira de Higiene Mental no desenvolvimento de ideias eugenistas (SCLIAR, 2002). Já os anticontagionistas, movidos por um nacionalismo de afirmação da conformação racial brasileira, tinham como causa o saneamento das cidades. Os anticontagionistas elaboraram medidas de caráter local sobre condições sociais e ambientais geradoras dos miasmas causadores das epidemias, diante de uma destacada preocupação com o corpo (social) exposto a doenças. “O resultado mais geral da sociabilidade gerada pelo micróbio da doença seria um sentimento de comunidade nacional, associado a demandas pelo aumento das responsabilidades do Poder Público” (HOCHMAN, 1998, p. 59).

A sociabilidade gerada pela possibilidade da doença foi propulsora da emergência do sanitarismo no Brasil, que, em seus primórdios (1903-1909), deu ênfase no saneamento urbano, sobretudo no então Distrito Federal e cidades portuárias. O sanitarismo teve sua emergência no combate às epidemias de febre amarela, peste e varíola, tendo sido Oswaldo Cruz personagem importante na afirmação da ciência que se anunciava a partir das descobertas de Pasteur. Pioneiro do sanitarismo no Brasil, Oswaldo Cruz conduziu grandes campanhas<sup>39</sup> de vacinação que o país enfrentou no início do século XX, tendo sido fundado o Instituto Oswaldo Cruz (IOC), em 1908, em substituição ao antigo Instituto Soroterápico Federal, de 1900 (HOCHMAN, 1998).

De acordo com Luz (2000), o sanitarismo no Brasil do início do século XX é mais do que exemplo de efetividade da autoridade de com-

---

na teoria dos miasmas, apenas uma preconiza a causa da doença (estímulo) enquanto a outra a doença, sob o prisma da sua externalidade mais abrangente (BARATA, 2005; CZERESNIA, 2003).

<sup>39</sup> O termo campanha, fortemente associado ao sanitarismo, também designado de sanitarismo campanhista, tem sua origem nas estratégias militares e traduz o caráter organizado e autoritário do trabalho anteriormente realizados por médicos americanos no combate à febre amarela em Cuba no século XIX. A campanha designa ainda a necessária identificação de estratégias em face de um alvo: a epidemia e, diante do fato de que seres humanos abrigam, sem saber, seus inimigos. Por isto tal termo concentra as decisões tecnocratas com estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individuais e sociais (SCLIAR, 2002; LUZ, 2000).

petência de Oswaldo Cruz. É também reflexo das tentativas do Estado em estabelecer um modelo institucional unitário, centralizado, vertical e concentrado em termos de poder político, característico da jovem república que se constituía, e que se ia às voltas com o poder local das oligarquias existentes no país. Por outro lado, as precárias condições de vida das populações urbanas e rurais resultavam em reações dos sujeitos em face das políticas estabelecidas. Isto pode ser exemplificado por meio da emblemática “revolta da vacina”. Ainda que esse evento seja comumente remetido à resistência do povo à vacinação, a ebulição popular colaborou para compreender o caráter de urgência da instalação de uma política de Estado, para a saúde diretamente, mas também a outras situações, indiretamente a ela relacionadas, nas quais vivia a totalidade do país à época.<sup>40</sup> Em uma compreensão mais abrangente, a população manifestava, na Revolta da Vacina, um tipo de resistência às condições de vida na cidade (PAMPLONA, 2002).

Lima, Fonseca e Hochman (2005) indicam que nesses primeiros anos do século XX, o interesse em higienizar foi ampliado para a preocupação em sanear, tendo início a formação do que, em 1918, ficou constituída como a Liga Pró-saneamento. Esta, ao encontro com o que mais amplamente se constituía, o sanitarismo, envolveu intelectuais, imprensa, cientistas, catedráticos, militares, juristas, educadores e políticos.<sup>41</sup> Essa liga pode ser considerada a propulsora da assunção, pelo

---

<sup>40</sup> Ocorrida no Rio de Janeiro, em 1904, a Revolta da Vacina teve como protagonistas os populares. Estes se colocavam revoltosos com o então governo de Rodrigues Alves, que mantinha o Brasil, e especialmente o Rio de Janeiro, em um projeto “civilizacional”, que, com inspirações européias, buscava cindir com a vocação mestiça, mas grande parte da população não deixava passar ao largo a existência de diferentes “condições de gentes”. A Revolta da Vacina, que não consistia no motor das manifestações, ganhou o destaque como estopim da Revolta que era relativa às imposições de novos hábitos à população, com uma série de proibições (venda de comidas nas ruas, quiosques, criação de animais em espaços urbanos, entre outros). Assim, “campanhas de saúde, brigadas sanitárias, códigos municipais para mudanças de costumes ‘civilizados’, a vacina e, sobretudo, a repressão policial costumeira” se constituíam alvo dessa revolta, o que mostra a abrangência de uma ebulição popular de esferas mais amplas que a aplicação de vacina (PAMPLONA, 2002, p. 84).

<sup>41</sup> No Brasil da Primeira República, ainda que as ações de saúde fossem marcadas pelas ideias contagionistas relativas às descobertas de Pasteur que tinham por meio do IOC grande campo de difusão, as ideias sobre o saneamento foram mediadas por debates que consideravam as de condições de vida que se faziam presentes. Exemplo disso na literatura foi o conjunto de escritos de Monteiro

Estado, da condução dos problemas de saúde enquanto problemas políticos, algo não vista antes. Assim, entre os anos 1910-1920, o sanitarismo se voltou para o problema da falta de saneamento rural. Nessa época, de importância crucial para as movimentações em torno das ações sanitárias foram os relatórios de viagens organizadas para identificar as condições epidemiológicas e socioeconômicas de diversas regiões de país. Destaque pode ser dado à expedição organizada pelo IOC, em 1912, que percorreu diversos Estados e que teve seu relatório publicado em 1916 por Arthur Neiva e Belisário Pena. As informações da expedição indicavam que o sertão encontrava-se tomado pela ancilostomíase, pela malária e pelo Mal de Chagas, doenças crônicas, de curso lento, que provinham do abandono interiorano e que ameaçavam a produtividade, sobremaneira a integridade da nação. Desse modo, em um período em que a I Guerra Mundial havia aberto debate sobre o nacionalismo, a imigração se colocava como promessa para a lavoura cafeeira e, em um governo oligárquico governado pela elite agrária, o Estado brasileiro se via às voltas com a sua constituição, que era, ao mesmo tempo, reivindicada e ameaçada.

A ideia de que a “doença pega”, de acordo com Hochman (1998), gerou uma noção de interdependência crescente entre as pessoas. Isso serviu de argumento para que autoridades públicas impedissem hábitos e práticas que levassem à doença de alguns e exposição de todos. Seria preciso que o homem comum modificasse “o consumo de álcool, a prostituição, a não utilização de calçados e latrinas, o despejo de lixo em rios e vias públicas, a manutenção de focos de moscas, ratos e mosquitos” (HOCHMAN, 1998, p. 80). Contudo, seria necessária uma política nacional de saúde pública, uma vez que a Constituição de 1891, por meio do Departamento Geral de Saúde Pública (DGSP), deixava para a União apenas a responsabilidade com a saúde no Distrito Federal, ações de vigilância sanitária dos portos e assistência aos Estados. Ou seja, pelo seu desenho federativo, a Constituição garantia a autonomia estadual, cabendo aos poderes locais a saúde da população,

---

Lobato. Este que, primeiramente, escrevera sobre os personagens do campo, indicando que estes eram preguiçosos, depois, diante de críticas, revisitou o preconceito atribuído a esse personagem, acrescentando perguntas acerca das condições que levavam a adoecimentos no campo. Monteiro Lobato, influenciado pelo movimento de saneamento da época – movimento sanitarista - passa e indicar em seus escritos que o seu personagem “Jeca Tatu” precisaria ser atendido por políticas governamentais de saúde (HOCHMAN, 1998).

não ocorrendo a interdependência necessária no combate aos riscos de contágio de doenças.

Ao longo de toda a década de 1910, ocorreram investidas sanitaristas questionando o pacto federativo que resultava em poderes às oligarquias estaduais, bem como de revisão dos princípios constitucionais com vistas ao aumento da competência da União, que formulasse, enfim, uma agenda nacional de saúde pública. As investidas no Congresso Nacional foram influenciadas por diversos debates com as oligarquias estaduais. Nesse contexto, as informações dos problemas de saúde rural, por meio do Relatório da expedição do IOC, somado à gravidade da gripe espanhola, que, no ano de 1918, matou cerca de 15 mil pessoas apenas do Rio de Janeiro, favoreceu a aprovação da criação do Departamento Nacional de Saúde Pública (DNSP), subordinado ao Ministério da Justiça e Negócios Interiores. O DNSP seria responsável por um conjunto de ações com visível autoridade sanitária no nível federal, tais como: serviços de higiene no Distrito Federal, providências visando à higiene sanitária em casas e estabelecimentos diversos, serviços sanitários em portos marítimos, profilaxia e tratamento de doenças transmissíveis, fiscalizações em serviços de saúde diversos, organização de pesquisas, entre tantas outras atribuições. Além disso, deveria o DNSP submeter o Código Sanitário Nacional ao Congresso Nacional (HOLCHMAN, 1998). O Brasil buscava bases legais para organizar uma estratégia em direção à saúde pública, mas não sem ter pela frente a administração da descentralização das ações, em face da concentração do poder de Estado que se apresentava de modos diferentes pelo país (LUZ, 2000).

Com a vinda de imigrantes, a crescente emergência do modelo agroexportador, que ocorreu principalmente nos Estados do Rio de Janeiro e São Paulo, no final do século XIX e início do XX, deu bases para a industrialização que ocorreria décadas depois. E, nessas primeiras décadas da República, se fez presente outro modo de encaminhamento pelo Estado acerca da saúde da população. Os imigrantes trouxeram a experiência da industrialização européia para o Brasil, e também a do movimento operário, que anos antes, naquele continente, alcançara direitos trabalhistas, mobilização que, no final do século XX, organizou duas greves gerais. Como resultado dessas forças, o Congresso Nacional aprovou a Lei Eloi Chaves, em 1923, por meio da qual foram instituídas as Caixas de Aposentadoria e Pensão (CAPS), marco inicial da previdência social no Brasil. Esta nasceu como previdência privada, que, além de aposentadorias e pensões, provinham serviços médicos, medi-

camentos, assistência aos acidentados no trabalho e serviços funerários (SCOREL; TEIXEIRA, 2008). As CAPS deveriam ser criadas pelas empresas a partir da organização dos trabalhadores por categoria profissional (ferroviários, marítimos, industriários, etc.). Eram custeadas por estes dois últimos, e o Estado tinha participação por meio do aumento das tarifas dos serviços, o que em última instância consistia no custeio por parte do usuário do serviço.

O Brasil, a exemplo de outros países em via de industrialização, alcançou com as CAPS institucionalização de uma medicina de caráter individual, privada e, mais à frente, aliada às tecnologias hospitalares e medicamentosas. E, no tocante à saúde pública, esta se manteve em modelo campanhista diante das epidemias, quando a população desprovida da previdência, tinha suas necessidades diante de adoecimentos direcionadas às instituições hospitalares, filantrópicas ou privadas.

### **3.2.3 Da Saúde Pública na era Vargas: a assunção de uma saúde estatal**

Na busca de livrar o país do controle das oligarquias regionais, mas também de se desviar das resistências da população, em face do autoritarismo instalado, Vargas, na tomada do poder na Revolução de 1930, promoveu ampla reforma política. Inicialmente por decretos, e depois com a organização de nova Constituição, tal governo foi caracterizado pelo enfrentamento de interesses, em que, de um lado, estavam os liberais, defendendo o Estado centralizador e intervencionista, e, de outro, os federalistas, querendo a autonomia dos Estados, o que resultou em um governo com um projeto centralizador e de medidas verticais (LIMA; FONSECA; HOCKMAN, 2005; LUZ, 2000). O governo Vargas (1930–1945) pode ser caracterizado pelos processos de urbanização e industrialização, sob os discursos de modernização, nacionalismo, desenvolvimento e controle político, mas, sobretudo, de seguridade aos trabalhadores formais. Tratava-se, em linhas gerais, de um governo que impunha, verticalmente, a República sobre instituições sociais que rejeitavam os princípios universalistas do que seria uma República Democrática (LUZ, 2000).

Tal qual fora estabelecido no final das primeiras décadas de República, as ações de saúde do início do governo de Vargas se dividiam entre a assistência médica individual previdenciária e a saúde pública de base campanhista. Junto à previdência ocorreu a regulamentação das

CAPS, que passaram a se denominar Institutos de Assistência e Previdência (IAPs), alcançando contribuição indireta do Estado. Tal assistência médica se mantinha destinada àqueles sujeitos que estivessem inseridos no mercado formal de trabalho, e regulamentada por meio do Ministério do Trabalho, Indústria e Comércio. A saúde pública ficou a cargo do então criado Ministério da Educação e Saúde Pública (MESP), em 1934, e de um conjunto de aparatos institucionais: Delegacias Federais de Saúde, Serviços Nacionais e Serviço Especial de Saúde Pública (SESP)<sup>42</sup> - órgão norte-americano com relativa autonomia no MESP -, além da instituição das Conferências Nacionais de Saúde. Estas últimas eram espaço para administradores e técnicos de saúde e visavam articulação entre governo federal e os Estados (LIMA; FONSECA; HOCKMAN, 2005). Já as ações de saúde pública se concentraram inicialmente no combate às epidemias, por meio de ações verticalizadas, focadas em doenças endêmicas e infecto-contagiosas. Mais ao final desse governo, a saúde pública foi segmentada em serviços nacionais voltados para doenças específicas como febre amarela, malária (que incluía esquistossomose e doença de chagas) câncer, tuberculose, lepra e doenças mentais.

Ressalta-se que se encontrava estabelecida nesse período uma separação entre saúde pública e assistência médica individual. A assistência médica individual, inclusive, no tocante à formação médica, tinha fortes direcionamentos flexnerianos, de compreensão unicausal das doenças, financiados por organismos internacionais.<sup>43</sup> Isso resultou em

---

<sup>42</sup> O Serviço Especial de Saúde Pública (SESP) foi um setor criado pelo Ministério da Educação e Saúde Pública em 1942 em uma linha de continuidade aos trabalhos da Fundação Rockefeller. Respalda um acordo entre os governos norte-americano e brasileiro e realizava uma parceria com o Instituto de Assuntos Interamericanos (IAIA). Visava o trabalho de sanear os vales do Amazonas e do Rio Doce a fim de provimento de matérias-primas ao serviço militar americano na Segunda Guerra Mundial. Financiado por recursos nacionais e internacionais tinha autonomia jurídica, administrativa e financeira, perdurando até a década de 90 na estrutura do setor saúde. Campos (2007) analisa a convergência de interesses entre os parceiros na criação do SESP.

<sup>43</sup> Seguindo o modelo flexneriano, o Brasil teve o ensino médico destacadamente investido da racionalidade unicausal. A Faculdade de Medicina de São Paulo foi, em parte, custeada pela Fundação Rockefeller - propagadora do modelo. Essa faculdade paulista, não somente adotou o conteúdo do Relatório Flexner, que continha os direcionamentos do modelo da universidade americana Johns Hopkins, para o ensino médico, mas também para outras profissões emergentes da saúde. Ou seja, tratava-se de um tipo de formação que deu bases para um modo de intervenção hospitalocêntrico de saúde que se consolidaria alguns anos de-

um modelo médico que passava em sua grande maioria ao largo dos problemas de saúde pública da época, o que representou também certa ruína do Estado diante do seu papel de conferir o direito à saúde (CAMPOS, 1991).

A desvinculação da medicina individual da saúde pública, em um momento em que a saúde já não era mais condição para um processo civilizatório como na Primeira República, de certo modo, levou à afirmação da saúde pública enquanto base para o desenvolvimento e progresso e construção do Estado nacional. No campo, o governo de Vargas concentrou-se em zelar pela integridade da nação por meio de grandes investimentos na profilaxia rural no interior do país; na cidade, com vistas ao desenvolvimento, cuidou de doenças específicas de responsabilidade do MESP, fazendo ocorrer a assistência médico previdenciária sob a égide de direitos sociais – instituindo direitos trabalhistas e salário mínimo para os trabalhadores (LIMA; FONSECA; HOCKMAN, 2005).

Do ponto de vista político, foi uma marca desse governo o fortalecimento do Estado no setor saúde por meio da institucionalização frente aos Estados (em certo combate à cultura federalista de antes). Assim, as ações orquestradas pelo MESP desenvolveram, nesse período, projetos de educação para a saúde materno-infantil e interlocuções de ações médico-curativas, por meio dos IAPs, também foram alcançadas com a saúde pública. Além disso, a concentração de ações na saúde pública no governo Vargas pode ser identificada como um período de especialização sanitária, o que ficou evidenciado na larga formação de quadro técnico, que paulatinamente foi se distanciando do clínico (HOCKMAN, 2005).

O projeto de saúde pública do governo Vargas, com suas características de relação entre as esferas federal, estadual e municipal, sob coordenação, formulação e controle da primeira, já tivera claras influências dos fóruns internacionais da OPAS. Sobre isso Macêdo (1997) indica, na década de 1930, a expansão dos temas das oficinas que ocorriam periodicamente, sendo em 1936 incluídos aspectos da administração de saúde pública, nutrição, saneamento ambiental e qualificação de profissionais para a área, visando trabalhadores de saúde capacitados. Tal influência será ainda mais marcada nas etapas posteriores, sobretudo quando da criação da OMS, em 1948. Esta última, ao indicar a responsabilidade do Estado na defesa e proteção da saúde do indivíduo levou

---

pois, com a indústria farmacêutica, somando-se a isso o fato de que a medicina privada concentra no hospital o *locus* de tecnologias (DA RÓS, 2006).



ao fácil consenso na criação do Ministério da Saúde, em 1953, quando Vargas já se encontrava em seu segundo mandato.

Para Lima, Fonseca, Hockman (2005), o segundo governo Vargas (1951-1954) levou a um novo rearranjo de forças políticas entre os interesses nacionais e estaduais. Desse rearranjo fazia parte um otimismo do desenvolvimento industrial e um correspondente “otimismo sanitário” em torno do poder da ciência de combater as doenças infectocontagiosas. Diante desse cenário, a criação do Ministério da Saúde passou a ser exigida pela industrialização, reclamando uma pasta própria que possibilitasse a correspondência entre saúde e desenvolvimento. Por outro lado, o rearranjo de forças levou a uma revisão ministerial, na qual debates acerca da criação de um Ministério específico para a saúde<sup>44</sup> tiveram, em seus bastidores, posicionamentos de sanitaristas, acerca de que a saúde pública deveria dar assistência médica às populações rurais, mas precisaria estar muito envolta com a dimensão do coletivo e espaço geográfico do país, não devendo se misturar com a previdência social, de caráter urbano e corporativo e de combate à doença no plano individual (HAMILTON; FONSECA, 2002). O resultado desse debate levou a uma reforma ministerial na qual os IAPs, que encaminhavam as ações de previdência social, se mantiveram sob a pasta do trabalho, cabendo ao Ministério da Saúde a manutenção de sua tarefa, sob a égide do que chamou de sanitarismo desenvolvimentista.

O governo de Kubitschek (1956-1960), que se sucedeu a Vargas, ficou marcado pelo desenvolvimentismo, com grandes transformações econômicas apoiadas pelo capital estrangeiro. Nesse momento encontrava-se instalado um impasse entre o pensamento nacionalista e o desenvolvimentista, em face das investidas internacionais por parte de países liderados pelos Estados Unidos (LUZ, 2000). Com políticas sociais paliativas, foi criado o Departamento Nacional de Endemias Rurais (DNERu), que alcançou a erradicação do transmissor da febre amarela, da varíola, malária e lepra. Além disso, nesse período já era notória a

---

<sup>44</sup> Em estudo sobre o processo de criação do Ministério da Saúde, Fonseca, (2007) faz uma análise abrangente da dimensão político-partidária que se configurou na promulgação da Constituição de 1946, bem como das direções que daí se desdobraram para a governabilidade do país. Ainda que os sanitaristas, em parte, tivessem um resultado favorável aos seus posicionamentos, fica claro ter sido necessária uma atuação mais articulada destes com as posições políticas no processo. As manobras políticas de Vargas em seu segundo mandato, que durou até 1954, também podem ser vistas nas suas relações com os destinos do Ministério da Saúde.

divergência em torno da desnacionalização de setores como a indústria farmacêutica, bem como descontentamentos com as ações do SESP - órgão autônomo no Ministério da Saúde, que encaminhava projetos internacionais e as demais ações de saúde pública do Ministério.

### **3.2.4 Da Saúde Pública na Ditadura Militar: o retrocesso na assunção de uma saúde estatal**

Sob o argumento de evitar a instalação de um governo comunista no Brasil, no ano de 1964, os militares assumiram o comando do país, depondo o então presidente João Goulart. Isto se deu após quase uma década de divergências nos encaminhamentos do país, em face de um panorama econômico e financeiro conturbado, e diante dos quais segmentos da política nacional mais conservadoras entendiam que medidas mais drásticas precisariam ser utilizadas, sobretudo em face de grandes mobilizações nacionais que propunham mudanças na política econômica. Diversos países da América Latina, financiados pelo governo estadunidense, foram tomados por forças militares, em nome de uma restauração da ordem social e política, que se julgava ameaçada por racionalidades comunistas oriundas da Guerra Fria. O governo ditatorial, repressivo, depôs o Legislativo e passou a governar por Atos Institucionais, estabelecendo eleições indiretas para cargos do executivo (PILAGALLO, 2009).

Faz parte desse cenário de instabilidade prévia ao período militar, no tocante à saúde, o impasse entre os interesses estrangeiros e os encaminhamentos do Ministério da Saúde, que já eram explícitos no final do curto Governo de Jânio Quadros, em 1961 quando renunciou; e quando já se anunciava a concretização da descentralização dos serviços de saúde como parte de uma reforma institucional com vistas ao desenvolvimento econômico. É nesse contexto que a III Conferência Nacional de Saúde de 1963 alcançou indicativos de descentralização, horizontalidade, integração das ações, ampliação dos serviços e articulação da saúde com reformas sociais, indicativos conflitantes com a investida internacional no campo que configurou o campo de saúde até então (LUZ, 2000; DA ROS, 2006; ESCOREL; TEIXEIRA, 2008).

Ainda que o debate sobre a reforma do setor saúde encontrava-se colocado, Da Ros (2006), traçando um panorama da saúde no início da década de 1960, indica a realidade de uma exiguidade na universalidade da assistência. As políticas públicas nesse setor ainda se constituíram basicamente de sanitarismo campanhista e da medicina individual

prestada pelos IAPs, quando estes últimos, restritos à cobertura de trabalhadores formais, já possuíam até seus próprios hospitais. Além disso, existia também a medicina privada de alto custo, cabendo à população mais pobre o socorro aos serviços beneficentes.

O avanço dos debates sobre saúde e, sobretudo das disputas de forças atuando nesse debate, o que era extensivo a outros setores nessa primeira metade do século XX, foi interdito no ano de 1964, com o Golpe Militar. Na saúde, em 1966, por meio de uma lógica centralista, os IAPs foram unificados no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), órgão que concentrou contribuições previdenciárias e passou a gerir aposentadorias, pensões e assistência médica dos trabalhadores empregados. O grande orçamento oriundo das contribuições foi destinado ao financiamento de hospitais privados para fazerem atendimentos credenciados, a compra de tecnologia de última geração e medicamentos da indústria farmacêutica multinacional, bem como foi destinado ao investimento em formação de saúde, correspondente à afirmação do modelo flexineriano. Ocorreu, ainda, o fechamento de centros de pesquisas, cortados orçamentos para a saúde pública, – um período onde foi possível um sem número de corrupções no setor previdenciário (EDLER; SCOREL; NASCIMENTO, 2005; DA ROS, 2006).

Faz parte do cenário mais amplo da ditadura militar, e o que pode ser considerado seu ápice no tocante aos direitos civis dos sujeitos, um conjunto de medidas de forte caráter repressivo a quaisquer ações associativas em protesto ao regime. Estratégias militares foram organizadas no combate à divergência, resultando em perseguições, prisões, tortura e extermínio de seus líderes. Tais estratégias tiveram seu ápice na decretação do Ato Institucional de número 5, mais conhecido como AI-5, que, em 1968, além de dar ao presidente e caçar presos políticos, impor censura à imprensa e fechar o Congresso, consistia em uma normativa com vigência indefinida (PILAGALLO, 2009).

O período pós 1968 ficou conhecido como “anos de chumbo” pelo forte caráter repressivo, mas não ficou sem reações de organizações de grupos que, contrários ao regime, compunham ações designadas de Luta Armada. Esses combates deixaram mais evidentes os tons da ordem militar que imperava no país, haja vista que a população, de modo mais geral, não teve manifestações mais organizadas. Relacionadamente a isto também está que, apenas em parte, contraditório, no início da década de 1970, o governo ditatorial colocou em cena o discurso de almejar um “milagre econômico”. A ideia de milagre era a resultante de um bom aproveitamento da conjuntura internacional, com abundância de investimentos financeiros de interpaíses. Tais investimentos não

tardaram a ser cobrados, quando a dívida externa rapidamente foi multiplicada em face de estabelecimento de contratos com juros flutuantes. Nessa esteira, a realidade do sistema de saúde não se constituía alvo de investimentos adquiridos pelo país, e sim a de um complexo médico hospitalar, sob domínio de pequena parte de setores da política nacional, com uma estratégia sem precedentes de medicalização social. Por outro lado, com o abandono da saúde pública, já se anunciavam muitas das epidemias que alcançaram seu controle no final da década de 1950, diante do que foram reeditados os métodos do sanitarismo campanhista do início da República articulados ao modelo curativo da atenção médica previdenciária relativa ao período populista (LUZ, 1991).

Até mesmo a Escola Superior de Guerra indicava que o número de verminoses e cáries da população havia aumentado, enquanto a altura média da população restava diminuída. Diante de uma grande exposição dos problemas de saúde da população, uma série de retiradas de apoio ao regime político ditatorial passou a ocorrer com base na crítica às consequências sociais da concentração de riquezas e do caos econômico em que encontrava o país (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; DA ROS, 2006).

### **3.2.5 Da Saúde Pública a partir do processo de democratização: Movimento da Reforma Sanitária e o Modelo da Promoção da Saúde**

Por volta do último quartil do século XX, o governo militar promoveu um gradual afrouxamento da ação do regime sobre as relações sociais e as manifestações da população. De acordo com Pilagallo (2009), a estratégia na decisão de abertura seria a de promover uma distensão política, mas segura, quando os militares devolveriam o poder aos civis e voltariam aos quartéis, lugar onde estariam em melhor posição para preservar a unidade das Forças Armadas, por meio de uma estratégia, que envolvendo uma transição negociada, preveniria revanchismos no período pós-ditadura. A essa conjuntura, somava-se àquela de que no cenário econômico mais amplo o Brasil, assim como outros países importadores de petróleo estava às voltas com a crise internacional do petróleo, pagando caro pelo seu acesso, bem como já se encontravam sendo colocadas no jogo econômico as regras para a uma diminuição do desempenho do Estado no tocante às políticas sociais. Estas, sob a égide do desenvolvimento econômico, precisariam ocorrer sem grandes investimentos do estado liberal.

No tocante aos encaminhamentos que vinham sendo dados ao setor saúde, no meio da década de 1970, generalizou-se a demanda social por consultas médicas diante das adversidades das condições sociais e seus desdobramentos nas condições de saúde. A medicina era relacionada como possibilidade de restabelecimento da saúde individual e coletiva, ao que pode ser acrescido já estar sendo iniciada a instalação de um mercado promissor de práticas de saúde, em verdade, médicas. Essa conjuntura resultou em um período de grande movimentação de setores acadêmicos, sindicais e movimentos sociais. Em torno da temática da saúde, foi organizado o Movimento da Reforma Sanitária (MRS). No Brasil, inspirado em movimentos semelhantes ocorridos na Europa, anos antes, o MRS foi uma composição de perspectivas técnicas e políticas, resultante da reação diante das concessões de privilégios, corrupção, censura a manifestações sociais, que resultou em situações desordenadas na saúde pública e previdência. Diversos setores, como movimentos de estudantes e organizações ligadas à igreja, por um lado, e de médicos contrariados com a situação de inviabilidade de trabalho nos setores públicos, por outro, passaram a se manifestar contra a política de saúde adotada, fazendo críticas e proposições diante da desassistência e das prioridades econômicas que se faziam presentes no setor saúde (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; DA ROS, 2006).

No período de abertura política foram produzidos planos governamentais, paternalistas, de cobertura a alguns dos graves problemas sociais. Para desempenharem tais projetos, o governo convocou sanitaristas envolvidos com o MRS, e estes, internamente ao governo, a um só tempo, passaram a programar ações convergentes aos objetivos do MRS e a alcançar setores estratégicos da política de saúde que vinha sendo desenvolvida no país (ESCOREL; NASCIMENTO; EDLER, 2005; DA ROS, 2006).

De acordo com Mattos (2009), o MRS, no Brasil, organizou-se como uma ampla e heterogênea frente em torno de um conjunto de objetivos. O autor indica três vertentes distintas desse movimento. A primeira, originária da Saúde Pública, era centrada na doença e da medicina das doenças infecto-parasitárias. Originada no modelo norte-americano, relacionava saúde a desenvolvimento social e estes eram compreendidos como função do Estado. A segunda vertente derivou da medicina preventiva de Level e Clark, que, nos anos 70, desenvolveu as ideias de prevenção por meio da atenção primária, englobando a promoção da saúde e proteção específica, da secundária, que compreendia o diagnóstico e tratamento precoce, e da terciária, na qual se localizavam as atividades de realibitação. Já a terceira vertente buscou retomar o ideário da

Medicina Social do século XVII, esquecida pelas descobertas da microbiologia. Esta vertente considerava a saúde como de responsabilidade do Estado e com profundas relações com as condições econômico-sociais. Dentre as composições de perspectivas técnicas e políticas feitas pelo MRS no Brasil, a medicina social teve grande proeminência (MATTOS, 2009). Esta, que adotou o mesmo nome do tipo de medicina social européia do século XIX, teve como mote a crítica ao modelo preventivista, centrado na doença, e, no Brasil, levou à criação de novos departamentos de ensino na academia, intitulados, ao mesmo tempo, de medicina preventiva e social (FLEURY, 1997; NUNES, 2006).

Ainda relativa a uma heterogeneidade do MRS no Brasil, é o que foi chamado de Movimento de Saúde Coletiva. Este fundamentou várias ações do MRS, sobretudo nos temas relativos às ciências sociais, a princípios e diretrizes relacionados ao direito à saúde, à cidadania, à universalização, à equidade, à democracia e à descentralização. Liderança nesse movimento, a Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO) congregou orientação teórica e metodológica baseada no que já havia sido produzido em medicina preventiva, medicina social, planejamento em saúde, pesquisas epidemiológicas e políticas de saúde, ou seja, um conjunto de ciências sociais em saúde que privilegiava o social como categoria analítica (NUNES, 2006).

Aos atores do MRS, no Brasil, somaram-se também forças propulsoras do cenário internacional em saúde pública sob a égide da OMS e OPAS. Estas, a um só tempo, indicavam a países em via de desenvolvimento a assunção de seus problemas de saúde e o estancamento de seus efeitos no desenvolvimento econômico. Na América Latina, na década de 1970, o “Plano Decenal de Salud para las Américas” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973), organizado pela OPAS em 1972, foi propulsor de uma agenda encadeada entre os países latino-americanos, indicando áreas programáticas e metodologias de controle das doenças por parte dos países.

O Brasil, por meio da presença de integrantes do MRS na gestão de saúde do país, foi partícipe da Conferência de Alma Ata em 1978, trazendo para os próximos períodos da saúde a ideia da atenção primária como proposta ao modelo biomédico, bem como a ideia de promoção da saúde que já vinha sendo propalada pela OMS (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984). É relacionada a essa intensa movimentação no setor saúde do país que, na VIII Conferência Nacional de Saúde, ocorrida em 1986, foram aprovados as reivindicações do MRS, tendo sido verificada, pela primeira vez, a participação da sociedade, em um evento que até então era constituído por técnicos da área (FERREI-

RA, 1992; LUZ, 2000). Na VIII Conferência Nacional de Saúde, a saúde passou a ser indicada como um direito, podendo ser visto no texto final do relatório dessa conferência o indicativo de que,

direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação da saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986a).

Nessa conferência, a ideia de promoção da saúde já se fez presente antes mesmo de Otawa, que aconteceu naquele mesmo ano e veio instalar a ideia de promoção da saúde, fazendo frente ao acúmulo de críticas que vinham sendo apresentadas mundialmente pelas instituições estatais e científicas relacionadas à saúde. Os resultados da VIII Conferência Nacional da Saúde deram origem aos preceitos do Sistema Único de Saúde (SUS), dois anos depois, por meio da Constituição de 1988. Isso colocou o Brasil como um país a considerar saúde como um direito de todos e dever do Estado, devendo ocorrer sob os princípios da integralidade, participação da comunidade, regionalização e hierarquização dos serviços (KUJAWA, 2003).

A partir de então, foram organizadas muitas propostas de caráter técnico para o estabelecimento do SUS. Destaque-se nesse período a Lei nº 8080, de 1990, e uma série de normas intituladas de Normas Operacionais Básicas (NOB) nessa mesma década, bem como as Normas de Assistência à Saúde (NOAS), criadas em 2001 e em 2002 (PEDROSA, 2004). Especificamente as NOAS organizaram o sistema de saúde no país em três níveis: atenção básica, que corresponde aos serviços prestados por unidades básicas de saúde, onde deveriam ocorrer ações de atenção primária à saúde; média complexidade, que se refere aos serviços ambulatoriais especializados; e alta complexidade, englobando os serviços hospitalares.

De certo modo, a atenção básica já vinha ocorrendo no país desde a década de 1980, encaminhada proposta dos Sistemas Locais de Saúde, da OPAS, da década de 1970. Teve seu início pela assistência básica nos postos de saúde e ocorria como Ações Integradas de Saúde (AIS), intermediadas pelos então distritos sanitários. Tal proposta se deu em condições precárias, realizada por meio de atendimento de especialidades médicas “básicas” e eram desenvolvidas pelas Secretarias Estadu-

ais de Saúde, articuladas com o antigo Instituto Nacional de Previdência Social (INAMPS) em núcleos urbanos, sobretudo nos anos de 1980 (LUZ, 2000).

A atenção básica alcançou mudanças nessa configuração inicial, por meio do financiamento do Banco Interamericano Regional de Desenvolvimento (BIRD), para o Programa de Agentes Comunitários em Saúde (PACS)<sup>45</sup> e para o Programa de Saúde da Família (PSF), na década de 1990, programas estes oriundos de projetos de ação diante das ações de enfrentamento da seca no semiárido do Estado do Ceará, na década anterior (MENDES, 2011).

Os encaminhamentos econômicos do Brasil, assim como de vários outros países, denominados de periféricos, na concentração de capital, passam a ser monitorados por organismos financeiros mundiais, como o Fundo Monetário Internacional e o Banco Mundial, no tocante aos seus encaminhamentos econômicos, mas também em suas políticas sociais que passaram a ter financiamento internacional (LUZ, 2000). Para Correia (2005), o financiamento, pelo BIRD, de programas como o PACS e o PSF, no Brasil, consistiu em uma assistência pautada na lógica de seletividade da atenção primária às populações sem poder econômico, articulada a ofertas de serviços privados a outros seguimentos populacionais.

Por meio da regulamentação do SUS com as NOBs, a atenção básica passou a ser uma política oficial do Ministério da Saúde 1997, por meio de um documento intitulado “Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo de assistência” e passou a integrar o processo de reforma do setor saúde do início da década de 1990. Nesse processo, a atenção básica foi considerada como nível de atenção fundamental para a reorientação da assistência diferenciada daquela centralizada no modelo médico e passou a ter função de aumentar a acessibilidade e desenvolver as ações de prevenção e de promoção da saúde, sendo o PSF e o PACS considerados conjuntamente como Estratégia de

---

<sup>45</sup> O Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) instalou a figura do Agente Comunitário de Saúde, que passou a trabalhar em articulação com o Programa de Saúde da Família (PSF). É tarefa do agente comunitário de saúde a captação de informações sobre a situação de saúde da comunidade de modo que a Estratégia de Saúde da família (ESF) tenha suas ações desenvolvidas por meio da ligação da unidade de saúde de um território com a comunidade (BRASIL, 1997; 2001).



Saúde da Família (ESF),<sup>46</sup> e não mais programas isolados (BRASIL, 1997).

Esse dinamismo na organização das políticas sociais, com uma sequência de tentativas de modelos de atenção à saúde, refere-se ao enfrentamento da crise social relativa às mazelas deixadas pela condução dessas políticas pelo governo militar, mas também é somada à crise do capitalismo dos anos de 1980. A crise estrutural do capitalismo golpeou grandes países desenvolvidos com quedas da produção industrial do ciclo desenvolvimentista do pós-guerra. O resultado dessa crise foi a redução da arrecadação pelos Estados e a correspondente dificuldade de financiarem seu desenvolvimento. Esse quadro levou a que políticas sociais passassem a ser avaliadas pelos governos em seus custos, o que especificamente no caso da saúde se referia aos custos médicos (LUZ, 2000).

Assim, diante de uma política econômica que precisava rapidamente se estabelecer, direcionamentos econômicos neoliberais foram sendo assumidos na década de 1990, conduzido um desmonte de diversas políticas sociais ainda embrionárias, que, no tocante à saúde, fez com que esta passasse a ser minimizada em sua condição de oferecimento e abrangente enquanto cobertura, por meio da atenção básica. A esse cenário ainda pode ser somada a convivência do setor saúde com o mercado privado da saúde, que também procurava sobreviver diante da crise (LUZ, 2000; CORREIA, 2005).

Nesse período, alguns países buscaram alternativas no campo da vigilância à saúde e nessa mesma direção o PSF é exemplar no sentido de combinar ao instrumental da epidemiologia a uma vaga idéia de mudança dos processos de trabalho em saúde. O PSF, e os modelos que o antecederam, não mudaram o sentido sob o qual vinha sendo praticada a atenção em saúde, enquanto elemento constitutivo do processo de produção do cuidado. O PSF deixou que o modelo médico hegemônico continuasse ocorrendo, podendo ser vistas com pouca eficácia as tenta-

---

<sup>46</sup> O apoio financeiro do Banco Mundial foi determinante para que fossem adotados, na atenção básica, o PSF e o PACS. Esses inicialmente funcionavam como assessorios ao modelo flexneriano e uniaxial – centrado na identificação de doenças e diferente do que propunha o Movimento Sanitário até então. Tais propostas foram identificadas por um modelo reducionista de atenção em saúde proporcionado pela atenção básica, ou “cestas básicas” de saúde, pois continham aquém do necessário à consecução do que se queria enquanto saúde ampliada na VIII CNS (DA RÓS, 2006).

tivas de modelos sugeridos a partir dessa lógica (MERHY, 2002; FRANCO, 2003).

Essa série de proposições governamentais teve uma última atualização com direcionamentos para a organização dos serviços públicos de saúde no país, por meio do Pacto pela Saúde em 2006, que estabeleceu instâncias deliberativas e procedimentos para proposições de Planos de Saúde, sob responsabilidade dos níveis municipais, estaduais e federal. Em um dos direcionamentos do Pacto pela Saúde - o Pacto pela Vida, a Promoção da Saúde passou a ser uma prioridade. Nesse mesmo ano o Ministério da Saúde também elaborou a Política Nacional de Promoção da Saúde, na qual é proposto que

as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, 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 (BRASIL, 2006a, p. 14).

A promoção da saúde passou a ser um eixo articulador de todo o sistema, com ênfase no nível de atenção básica, ou da atenção primária em saúde. Nesse nível, ações de “promoção, informação e educação em saúde com ênfase na promoção de atividade física, na promoção de hábitos saudáveis de alimentação e vida, controle do tabagismo; controle do uso abusivo de bebida alcoólica; cuidados especiais voltados ao processo de envelhecimento” (BRASIL, 2006b, p. 7) devem ser desenvolvidos.

Destaca-se que à atenção básica, com o Pacto pela Saúde, passa a ser porta de entrada para o atendimento dos sujeitos, bem como ordenadora do sistema de saúde, são destinadas atribuições que vão das práticas consideradas como promoção da saúde (com toda a sua abrangência) até aquelas relativas aos tratamentos de doenças. A atenção básica teve sua política atualizada em documento intitulado “Política Nacional de Atenção Básica”, no qual esta se encontra assim denominada:

a Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações (BRASIL, 2006b, p. 12).

Na Política Nacional de Atenção Básica, com o Pacto pela Saúde, a ESF também foi delineada como modelo prioritário de assistência nesse nível de atenção em saúde, inclusive com incentivos de financiamento nacional diferenciados para a sua efetivação e para programas de atenção à saúde a ela articulados, como o PACS, saúde bucal, saúde indígena entre outros (BRASIL, 2006c).<sup>47</sup> A ESF tem como principal característica uma atuação com maior aproximação das famílias no tocante a ações bem desenhadas de busca de informações sobre os indivíduos de sua área de abrangência, bem como uma grande concentração de programas a ela relacionados. Tais direcionamentos estreitam sua relação com a vigilância em saúde, por meio do sistema de informações, que passa a ter na atenção básica a tarefa de alimentação. A ideia de vigilância busca aqui ter pressupostos que ultrapassem a ideia de vigilância epidemiológica, vinculando o controle de riscos e agravos à definição de prioridades e estratégias de intervenção e monitoramento de modo regionalizado e democratizado. Esta ainda incorporou questões

---

<sup>47</sup> O Consolidado Histórico de Cobertura da Saúde da Família indica que no ano de 2009 já se encontravam implantadas 30.328 Equipes de Saúde da Família, cobrindo 50,7% da população brasileira, o que corresponde a cerca de 96,1 milhões de pessoas. Quanto aos Agentes Comunitários de Saúde, estes já se fazem presentes em 5.349 municípios, com cobertura populacional de 60,9% da população brasileira, 115,4 milhões de pessoas. Já as Equipes de Saúde Bucal implantadas somam 18.982, presentes em 4.717 municípios. Ministério da Saúde. Números da Saúde da Família. Disponível em <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em 12 fev. 2011.

nutricionais, saúde ambiental, saúde mental, violência e não apenas o sistema de notificação compulsória de adoecimentos, de acordo com Ayres (2004), mas tem questionamentos acerca de suas possibilidades de ultrapassar a perspectiva de risco (CHOR; FAERSTEIN, 2000; AYRES, 2002; CARVALHO, 2004a; AYRES *et al.*, 2006; CAPONI, 2007), podendo alcançar dilemas bioéticos relativos à responsabilidade e à autonomia dos sujeitos (VERDI; CAPONI, 2004).

A Política Nacional de Promoção da Saúde, que passou a ter a atenção básica como seu principal *locus* de ocorrência, passou a ter como objetivos o protagonismo dos cidadãos e os preceitos constitucionais de participação social. Tal diretriz democrática encontra-se assim estabelecida nessa política:

a saúde, como produção social de determinação múltipla e complexa, exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da Saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores –, na análise e na formulação de ações que visem à melhoria da qualidade de vida. O paradigma promocional vem colocar a necessidade de que o processo de produção do conhecimento e das práticas no campo da Saúde e, mais ainda, no campo das políticas públicas faça-se por meio da construção e da gestão compartilhadas (BRASIL, 2006a, p. 15).

Em consonância com os demais países que compõe a OMS, por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde, o Brasil passou a ter suas ações organizadas de acordo com os seguintes princípios: concepção holística, intersetorialidade, empoderamento, participação social, equidade, ações multi-estratégicas e sustentabilidade (BRASIL, 2006a, p. 17). A promoção da saúde foi instalada como uma política de saúde ampliada a partir das mudanças discursivas no cenário internacional, que tiveram desdobramentos nos enunciados jurídicos do Estado brasileiro.

A conceituação de saúde transbordou o espaço de uma política relativa a um setor, e por meio do que passava a ser entendido como promoção da saúde condicionou a instalação de políticas intersetoriais (DOBASHI *et al.*, 2005; CARNEIRO; GOMES, 2004). Tal mudança, presente transversalmente na Constituição de 1988, é desafiada por Teixeira e Paim (2000) quanto ao seu planejamento, organização e gerenci-

amento, na conjugação de esforços de diversos setores. E, de acordo com Andrade (2006), passa a apresentar um dilema: aquele de operar uma política intersetorial em um ambiente setorial, ao qual se acrescenta a tradição política de manutenção de interesses de grupos específicos e a dificuldade de enfrentamento de interesses de toda ordem.



## **4 PROCESSOS DE OBJETIVAÇÃO E SUBJETIVAÇÃO: OPERADORES METODOLÓGICOS**

### **4.1 ARQUEOLOGIA E GENEALOGIA: OBJETIVAÇÃO DOS SUJEITOS, NORMALIZAÇÃO, PODER MÉDICO E PRÁTICAS ECONÔMICAS**

No capítulo anterior, buscou-se demarcar o estabelecimento, no Ocidente, de uma razão de Estado diante do adoecimento das populações, primeiramente no Ocidente, e depois no Brasil. Buscou-se também demonstrar como as práticas de promoção da saúde constituem-se numa edição mais atual dessa preocupação por parte do Estado.

O conteúdo a seguir primeiramente procurará desenvolver operadores metodológicos para o estudo de práticas sociais a partir da arqueologia do saber - objetivação do sujeito pelo discurso, e, depois, por meio da genealogia do poder - objetivação do sujeito por práticas incidentes sobre seu corpo. Em seguida, será destacado como as disciplinas e as biopolíticas, na sua organização mais recente, são, por meio das normas, fundamentos para a problematização dos sujeitos das práticas sociais, que também podem ser pensadas como dispositivos. A governamentalidade como totalizadora desses processos, por último, é considerada a constituir o sujeito moderno, no todo de suas condutas, atravessado e produzido por práticas individualizantes e normalizadoras, com vistas à regulação da vida e da saúde. Articulada a esse conjunto de possibilidades modernas de objetivação do sujeito, a normalização também é indicada em meio aos recentes cenários econômicos neoliberais.

#### **4.1.1 A Arqueologia**

A compreensão da constituição do sujeito por meio do conjunto de escritos de Foucault deu-se inicialmente em assertivas complexas e originais sobre como são construídos os saberes e as ciências modernas - sobretudo aquelas que tomam o homem como objeto: as Ciências Humanas. Tais estudos têm sido caracterizados como estudos arqueológicos e tornam possível o exercício da crítica sobre a questão da verdade e do sujeito, sendo este último indicado pelo próprio Foucault como tema geral da sua pesquisa (FOUCAULT, 1995a).

Em estudos arqueológicos, como o “Nascimento da clínica”, “As palavras e as coisas” e “Arqueologia do saber”, Foucault buscou entender como os sujeitos são produzidos por jogos de verdades. Ou, dito de outra forma, como as verdades, colocadas sob o estatuto da ciên-

cia, também podem se constituir como condição de enunciação e exercício de poder. Trata-se a arqueologia de um método histórico de descrição de condições de possibilidades de um discurso, que, por meio de uma posição de exterioridade, torna possível a compreensão de jogos e regimes de verdade. De acordo com Foucault (1992), os componentes desses discursos são os enunciados ou as proposições que fazem funcionar um regime de verdade. Na arqueologia, na medida em que se reconstituem pontos estratégicos da história e se articulam problemas filosóficos, científicos e políticos, os regimes de verdades são tratados por meio de um método histórico diverso. Tal método objetiva identificar as condições de emergência dos discursos de uma dada época.

A arqueologia perspectiva a descontinuidade, a raridade, a impossibilidade de apreensão da história *in totum*, na qual até mesmo o acaso pode se tornar foco de estudo. A constituição do sujeito na arqueologia de Foucault envolve o problema da objetivação do sujeito e a crítica do sujeito constituinte. Ou, como escrevera Foucault (2008a, p. 31), deve-se mostrar porque o enunciado não poderia ser outro, “como exclui qualquer outro, como ocupa, no meio dos outros e relacionado a eles, um lugar que nenhum outro poderia ocupar”. Assim, na arqueologia, a compreensão do sujeito é a correspondente compreensão das formas com que este se constitui a partir de práticas sociais discursivas, práticas sociais como o “direcionamento”, ou de certa forma o “revestimento” da relação entre saber e poder (DREYFUS; RABINOW, 1995).

#### 4.1.2 A Genealogia

Na medida em que vai acrescentando novos contornos em seu percurso intelectual, Foucault indica, com a genealogia, novas possibilidades para a problematização do sujeito. Enquanto a arqueologia investiga as condições e possibilidades de formação de um discurso e sua condição de caracterizar uma realidade, na genealogia, a partir dos modos de ocorrência desse discurso e sua incidência sobre os sujeitos, pode-se acompanhar os processos de construção de práticas – e a proveniência destas. De acordo com Foucault (1992, p. 20),

a proveniência permite também reencontrar sob o aspecto único de um caráter ou de um conceito a proliferação dos acontecimentos através dos quais (graças aos quais, contra os quais) eles se formaram. A genealogia não pretende recuar no tempo para restabelecer uma grande continuidade para



além da dispersão do esquecimento; sua tarefa não é a de mostrar que o passado ainda está lá, bem vivo no presente, animando-o ainda em segredo, depois de ter imposto a todos os obstáculos do percurso uma forma delineada desde o início.

Em um dos textos no qual introduz sua pesquisa genealógica - “Vigiar e Punir” -, Foucault (1997) mostra que, para a compreensão do poder, interessa também a sua ocorrência, de modo particularizado e focado nas práticas e no conhecimento que delas participam e colaboram para a sua expansão. No caso da instituição carcerária, estudada nesse texto, a microfísica passa a ser objeto de análise. Por meio dos discursos circulantes, da disposição arquitetônica das instituições, dos regulamentos, das leis, busca-se entender como o sujeito e seu corpo passam a ser submetidos a regimes de vigilância das disciplinas e atendentes à norma (DREYFUS; RABINOW, 1995).

Por meio de sistemas de vigilância hierárquicos, combinados com sanções normalizadoras e técnicas de exame, as disciplinas alcançam controle individualizado do sujeito. Tal processo possibilita o que Foucault chamou de investimento político no corpo, no qual, diferentemente de épocas anteriores, como no feudalismo, quando o corpo podia ser destruído pelo soberano, ele passa a ser alvo de investimentos e potencialização.

Esse investimento político do corpo está ligado, segundo relações complexas e recíprocas, à sua utilização econômica; é, numa boa proposição como força de produção que o corpo é investido por relações de poder e de dominação; mas em compensação sua constituição como força de trabalho só é possível se ele está preso num sistema de sujeição (onde a necessidade é também um instrumento político cuidadosamente organizado calculado e utilizado; o corpo só se torna útil se é ao mesmo tempo corpo produtivo e corpo submisso (FOUCAULT, 1997a, p.25-26).

Em face do que Foucault (1995a, p. 245) chamou de tecnologia política do corpo, o genealogista não se dedicará às instituições que fazem uso dos corpos, mas tratará antes de “analisar as instituições a partir das relações de poder, e não o inverso”, pois o ponto de apoio fundamental das relações de poder, ainda que se incorporem e se crista-

lizem nas instituições, deve ser buscado fora delas. Para Foucault (1995a, p. 245), “na medida em que as instituições agem essencialmente através da colocação de dois elementos em jogo: regras [...] e um aparelho, corremos o risco de privilegiar um ou outro na relação de poder e assim de ver nestas [as instituições] apenas modulações na lei e da coerção”.

Ao mesmo tempo em que traça princípios metodológicos para a ação do genealogista, Foucault (1992) elucida um pouco mais sobre a genealogia como um modo de estudo e sobre a sua própria concepção de poder. Primeiramente, indica que o poder se dá em suas extremidades e em suas últimas ramificações, “ultrapassando as regras de direito que o organizam e delimitam, ele se prolonga, penetra em instituições, corporifica-se em técnicas e se mune de instrumentos de intervenção material, eventualmente violento” (FOUCAULT, 1992, p. 182). O poder deve ser estudado onde sua intenção está completamente investida em práticas reais e efetivas, “em sua face externa, onde se relaciona direta e imediatamente com aquilo que podemos chamar provisoriamente de seu objeto, seu alvo ou campo de aplicação; quer dizer, onde ele se implanta e produz efeitos reais” (FOUCAULT, 1992, p. 182). Além disso, o poder não é fenômeno de dominação maciço e homogêneo de uns sobre os outros, mas algo que circula. “Nas suas malhas os indivíduos não só circulam, mas estão sempre em posição de exercer este poder e de sofrer sua ação; estes nunca são alvo inerte ou consentido do poder, são sempre centros de transmissão” (FOUCAULT, 1992, p. 183). Uma quarta direção é a de que o poder não parte de um centro, mas há de se fazer sua análise ascendente, partindo “dos mecanismos infinitesimais que têm uma história, um caminho, técnicas e táticas e depois examinar como estes mecanismos de poder foram e ainda são investidos, colonizados, utilizados, subjugados, transformados, deslocados, desdobrados, etc.” (FOUCAULT, 1992, p. 184). Por último, Foucault (1992) faz um tipo de alerta acerca da possibilidade de o poder ser acompanhado por ideologias, mas ambos não serem a mesma coisa.

Na genealogia, o percurso trilhado por Foucault (1995a, p. 246) permite compreender a constituição dos sujeitos nas relações de poder, quando “viver em sociedade é, de qualquer maneira, viver de modo que seja possível a alguns agirem sobre as ações dos outros. Uma sociedade sem relações de poder só pode ser uma abstração”. Nos textos genealógicos, é possível entrever a dimensão produtiva do poder, ou seja, o poder não é necessariamente relacionado a aspectos negativos da sua ocorrência. Para Foucault, o poder se coloca diferentemente da chamada hipótese repressiva, na qual é concebido em sua negatividade, como

aquele que limita, e é exercido por oposição à verdade, e esta, uma vez alcançada, seria a possibilidade liberadora (DREYFUS; RABINOW, 1995).

### 4.1.3 Biopoder e Biopolítica

Na esteira de um poder produtivo, Foucault caracterizou o biopoder como o modo das relações de poder na modernidade.<sup>48</sup> O poder passou, na modernidade, a proceder à regulação sobre a vida,<sup>49</sup> ou seja, o biopoder colocou em cena a vida como objeto de poder, conforme ele menciona :

foi um outro momento, talvez de maior amplitude do que essa nova moral que parecia desqualificar o corpo: foi nada menos que a entrada da vida na história – isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder – no campo das técnicas políticas (FOUCAULT, 1988a, p. 154).

No desenvolvimento do biopoder, nos séculos XVII e XVIII, a vida foi tomada como objeto e alvo político, por meio de dois pólos ou

---

<sup>48</sup> Para Foucault, diferentemente dos historiadores que consideram o início da Modernidade com o Iluminismo, no século XVII, a modernidade está relacionada aos séculos XIX a XX. Ele entende que os séculos XVII e o XVIII são considerados clássicos, enquanto que, para os historiadores os clássicos são referentes à sociedade grega do século VII a IV a.C. Para Foucault, há a seguinte relação entre o clássico e o moderno: o primeiro é condição de possibilidade do segundo (1988b).

<sup>49</sup> Na modernidade, de modo inverso ao que ocorria na soberania, instalou-se o direito de fazer viver e de deixar morrer, quando pode ser visto um modo de investimento sobre o corpo vivo, no qual sua valorização e a gestão distributiva de forças foram indispensáveis para o próprio capitalismo. Novas formas de exercício do poder vão substituir aquelas do feudalismo, em que se encontrava nas mãos dos soberanos o poder de matar ou deixar viver seus súditos. Até o século XVI, o poder centralmente exercido pelos reis era marcado pela sua destrutividade e negatividade. Em uma racionalidade patriarcal, as leis eram éditos reais. Os suplícios significavam a vingança do rei e a afirmação de seu poder para extinguir a vida como método principal de manutenção de soberania (FOUCAULT, 1999).

linhas estratégicas articuladas: poder disciplinar e biopolíticas. O primeiro pólo desenvolveu-se no início do século XVII e é designado como átomo-política, porque é um tipo de saber que é relacionado à potencialização do corpo, portanto disciplina-mecanismo. Para Foucault (1988a, p. 151), essa direção deu-se primeiramente no conhecimento do corpo como máquina: “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistema de controle eficaz e econômico”.

Por meio do poder disciplinar, o poder moderno apresentou-se como uma tecnologia, o gesto foi adestrado milimetricamente, detalhadamente e calculadamente na direção de um aparelho eficiente: o corpo. O alvo das disciplinas ganhou individualidade afim à sua organicidade, quando, mais do que um disciplinamento político, ocorreu a potencialização do corpo para que ele produza em um contexto econômico diferente do que vigorava antes. No capitalismo, a partir do qual se produziram mercadorias, mas também corpos e subjetividades, foi necessário o aumento da potência produtiva e a diminuição da resistência ao poder.

O segundo pólo se deu por meio das biopolíticas. Ele formou-se na segunda metade do século XVIII e foi designado de disciplina bloco, pois se refere ao corpo coletivo das populações. Aqui, o biopoder

centrou-se no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma biopolítica da população (FOUCAULT, 1988a, p. 151).

Na biopolítica, passam a ser alvos de interesse as taxas de natalidade e de procriação, em torno da saúde pública como uma preocupação, quando a demografia como uma ciência biopolítica, por meio das estatísticas, se apresentou como discurso para regular a saúde da população, com vistas ao seu comportamento em direção à saúde de seu corpo coletivo. Especificamente nos dois últimos séculos, o poder biopolítico teve como função intensificar, melhorar e produzir vida. As disciplinas e as biopolíticas, articuladamente, buscaram dar conta da unidade e do todo. Como aponta Farhi Neto (2007b, p. 16) é um dos traços fundamentais da biopolítica

permitir que mecanismos de poder preencham os vazios apolíticos e as falhas do sistema disciplinar. O poder biopolítico opera o múltiplo enquanto múltiplo; atua apenas indiretamente sobre o indivíduo, apenas enquanto ele é integrante de uma população, por sua vez, inserida num meio natural. Se o correlato da disciplina é o indivíduo conduzido, o objeto correlativo da biopolítica é a população governada.

Em uma linha de transformação do poder soberano, o biopoder, uma grande e diferenciada economia de poder, operacionaliza-se por meio de biopolíticas de regulação e potencialização da vida, articuladas à construção de corpos individuais e coletivos por meio das disciplinas (FOUCAULT, 1999). Farhi Neto (2007b) encontrou cinco formulações de biopolítica relativas a mecanismos de poder distintos: o poder médico, o dispositivo de raça, o dispositivo de sexualidade, o dispositivo de segurança e a governamentalidade neoliberal. Respectivamente, cada uma delas se refere aos campos das políticas de saúde, guerra, sexualidade, segurança e economia. Tais mecanismos de poder podem ocorrer com grande articulação entre si, por uma ou mais formulações da biopolítica, configurando e articulando a população, como conjunto de sujeitos ligados por um aspecto da vida à espécie.

É nesse contexto que o sexo foi entendido como um organizador do poder moderno sobre o corpo e que serve para a operacionalização de articulação de biopolíticas, pois “é acesso, ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie. Servimo-nos dele como matriz das disciplinas e como princípio das populações” (FOUCAULT, 1988a, p. 159). O sexo tem sua organização enquanto um dispositivo da sexualidade, o qual possui um papel fundamental para o poder moderno e para a sua análise, haja vista sua importância como foco de disputa política, quando a ele estão coladas as identidades do sujeito moderno.<sup>50</sup> Nesse

---

<sup>50</sup> A passagem da simbólica do sangue a uma analítica da sexualidade é importante para compreender a economia do biopoder. Foucault (1988a) mostra que, em sociedades feudais, o poder era transmitido por consanguinidade quando as alianças eram os grandes dispositivos de poder por meio de práticas políticas, sendo exemplo disso o casamento. A família ocupa lugares diferentes nessas economias de poder: enquanto no poder soberano das sociedades feudais ela transmitia as posses e posições de poder, no poder moderno passou a ser o alvo de investimento do poder.

contexto, a vigilância surge fazendo a relação entre a disciplina dos corpos e a utilização de espaços, que na economia do biopoder distribui os corpos nos espaços urbanos e institucionais, espaços que são também operados por meio das normas (FOUCAULT, 1997a).

#### **4.1.4 Da Biopolítica à Normalização por meio de um Governo Médico da Vida**

A biopolítica se deu na colocação da população como um problema político, com possibilidades de ser operada por meio de práticas de normalização (FOUCAULT, 2008b). A ideia de normalização entendida por Foucault pode ser considerada uma ampliação à tese de Canguilhem,<sup>51</sup> que criticou a transposição direta de normalidade originada na biologia para as lógicas dos valores. A ampliação feita por Foucault consiste na desvinculação da norma do campo da biologia, remetendo-a ao campo social como uma grande rede de discursos, entre eles os da saúde. Isso torna possível compreender que a normalização é inicialmente caracterizada por uma afirmação científica. Em seguida ele estabelece comparações, inclusões, exclusões e até desvios, por meio de práticas que envolvem saber e poder. E é nessa linha de produção de sujeitos normais e capturáveis que se deu a produção de identidades,

---

<sup>51</sup> Georges Canguilhem desenvolveu, em 1946, um estudo intitulado “O normal e o patológico”, no qual discute as vicissitudes da consideração do que seja normal e patológico nos processos de saúde e doença. A discussão feita por Canguilhem é uma crítica à transposição da normalidade de bases biológicas para a vida dos sujeitos. Para Canguilhem (2002), o uso dos termos normal e anormal é fonte de mal-entendidos, haja vista que normal é usado como descrição, mas é muito mais usado como um valor, por se referir também à média. Sobre isso, lembra que, etimologicamente, anomalia deriva do grego, possuindo um caráter apenas descritivo, pois *omalos* significa liso, uniforme, regular, sem rugas, significando *an-omalos*, portanto, áspero, rugoso, desigual. Já no latim, norma significa regra, lei, e anormal significa fora da regra e da lei. Nesses termos, anomalia, que poderia indicar apenas uma variação, é valorizada negativamente como uma situação fora das regras. Identifica Canguilhem uma submissão de um conceito mais concreto por um segundo, investido de valores. Foucault, que teve Canguilhem como orientador de seu trabalho de doutoramento, diferenciou suas compreensões, considerando central a norma na economia do poder moderno, desvinculando-a da biologia e entendendo esta constituída por meio de uma rede de discursos, como saberes e práticas sociais.

como as de trabalhador, estudante, mulher, adolescente, entre tantas outras, e inclusive a de doente.

Contudo, Foucault manteve a medicina como um dos discursos normalizadores de grande incidência na sociedade moderna, pois se trata de uma prática que tem forte e sólido suporte científico com desdobramentos políticos sobre os sujeitos. No caso da medicina, é exemplar a organização de práticas voltadas para as epidemias, quando, a partir dos adoecimentos também foi possível o estabelecimento da medicina como prática social com função de higiene pública e, portanto, de poder, e depois a medicina preventiva, com divisões voltadas para os diferentes tipos de tratamentos médicos, com “centralização da informação, de normalização do saber e que adquire também o aspecto de campanha e aprendizado da higiene e medicalização da população” (FOUCAULT, 2008b, p. 57).

Nesse sentido, os discursos normalizadores organizados na perspectiva do biopoder são constatações inquietantes, pois as normas circunscritas ao biopoder podem ser consideradas como um dispositivo, um tipo especial de estratégia sem estrategista. Tais dispositivos, porque naturalizados e percebidos como necessários, são de difícil resistência por parte do sujeito, pois têm suporte no saber e nas forças políticas das instituições. Heterogêneos e estratégicos, os dispositivos são “discursos, instituições, organizações arquitetônicas, decisões regulamentares, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, proposições filosóficas, morais, filantrópicas. [...]. O dispositivo é a rede que se pode tecer entre estes elementos” (FOUCAULT, 1992, p. 244).

Com base nessa compreensão de dispositivo, Deleuze (1990) compreende a pesquisa de Foucault como uma análise de dispositivos concretos, constituída por uma dimensão de saber ou por linhas de visibilidade e de enunciação, bem como por uma dimensão de poder ou linhas de força. O último ponto de um dispositivo, as linhas de fratura, consistem na linha de chegada de um dispositivo e será visto mais adiante, relacionado aos processos de subjetivação.

Nesse contexto, diferentemente da disciplinarização individual, as normas produzidas pelo poder médico ampliam-se do corpo individual para o corpo coletivo, por meio de uma medicalização indefinida, no que indica Foucault (2011, p. 384) ser a imposição da medicina ao indivíduo, doente ou não, como um ato de autoridade, pois “desde o século XVIII, a medicina não cessou de se ocupar do que não lhe diz respeito, ou seja, do que não se refere aos diferentes aspectos dos doentes e das

doenças”. De acordo com Foucault, a medicina passa a ocupar funções normalizadoras que ultrapassam a existência dos doentes e as demandas do doente.

Foucault (2011) refere-se à medicina e seu potencial de não apenas levar a criação de leis, mas, sobretudo, de inventar uma sociedade da norma, numa distinção permanente entre o normal e o anormal, na empreitada de restituir o que se possa entender como o sistema de normalidade. Sobre isso, Prado Filho (2010) analisa o conceito de normatização enquanto práticas que, revestidas de cientificidade, buscam critérios, condições, padrões quantitativos, índices - parâmetros de regulação de uma atividade social. Já a normalização, para o autor, trata-se de uma tecnologia social que implica a avaliação, comparação e classificação e que toma como parâmetro tal normatividade científica que inclui a biologia, mas também o caráter psicológico e social dos indivíduos, marcando suas identidades em relação à média. Além dessa tecnologia de individualização por meio da norma, esta última também opera na correção das condutas a ela desviantes. Por meio do que o autor intitula como uma “ortopedia da subjetividade”, pode ser identificada a produção de novas normalizações na direção desses desvios, que têm nas ciências humanas em geral, e na psicologia, em particular, contribuições políticas importantes.

A própria sociedade participa - política e estrategicamente - do apontamento de práticas de governo designadas a campos problemáticos que mereçam vigilâncias da norma. A norma opera nos sujeitos de maneira fluida, capilar e fina. São pequenas produções cotidianas que vão sendo confirmadas pela família, pela escola e pelo trabalho, e operadas a partir de dispositivos normalizadores ou de um conjunto de forças diversificadas e finas, com ações subjetivantes e de difícil visibilidade. Assim, a normalização das condutas se dá por meio de práticas de individualização na articulação “das disciplinas anátomo-políticas de produção de corpos, envolvendo procedimentos de separação, que individualizam, marcam e ligam sujeitos a identidades” (PRADO FILHO, 2010, p. 187). Estas, por sua vez, implicam formas de visibilidade social e de existência subjetiva na direção de uma política de identidades.

As estratégias de normalizações podem ser vistas acrescidas de um governo da vida e da saúde dos sujeitos. Exemplo disso foi a marcante presença da família como elemento-chave na ação do governante. Ainda que a irredutibilidade da família, herança do poder soberano, tenha sido abandonada, esta permaneceu no interior da tecnologia de governo como suporte para práticas biopolíticas, sexualizantes, de saú-



de, e acessível a uma gama de processos normalizadores (FOUCAULT, 2008b).

A normalização da sociedade, para Dreyfus e Rabinow (1995, p. 285), como organizadora da sociedade moderna, dá-se por meio de verdades que “tendem para uma totalização e especificação maiores”, bem como passam pelos procedimentos de normalização, comparação, divisão, classificação e demarcação dos sujeitos com relação à média, à marcação destes por meio de diagnósticos e o encaminhamento para correções. A medicalização da vida faz parte desses procedimentos e é relativa à patologização das condutas individuais, presente em diversos tipos de práticas sociais “com apoio de variados campos de conhecimento, das ciências biológicas e médicas às ciências humanas e sociais” (PRADO FILHO, 2010, p. 188). As normas produzidas no interstício do poder moderno, e relacionadas a estratégias de produção do corpo, sobretudo pelo poder médico, incidem sobre o indivíduo no que este tem mais imediato: a vida. Esta última, com a normalização biopolítica, encontra sustentação, de modo mais abrangente, na governamentalidade.

Assim, outro problema central relativo à normalização biopolítica é a naturalização do governo por meio das práticas constituídas pelo Estado. Ou seja, acerca de como, ao longo do período moderno, ocorrera a governamentalização do Estado, no sentido de este se tornar uma máquina de governo.<sup>52</sup> Dito de outro modo, uma vez que governo diz respeito a práticas de governo, e a governamentalização tem a ver com o processo histórico de colocar o Estado como máquina de governo, a questão é como as práticas e técnicas de governo podem ser vistas de forma cada vez mais sutil, fina e subjetivante, a ponto de relações de condutas dos sujeitos se tornarem objeto de governo (PRADO FILHO, 2006).

A governamentalidade, sustentada na normalização biopolítica, que apenas aparentemente tem o Estado como seu motor, tem em pro-

---

<sup>52</sup> Em 1978, fez-se presente nos estudos de Foucault uma ampliação e complexificação conceitual no tratamento do poder, que ultrapassa a genealogia, a disciplina e as biopolíticas. Tal ampliação pode ser acompanhada no curso intitulado “Segurança, território e população”. Esse curso, de acordo com Foucault (2008b), poderia ter governamentalidade como título, já que se deslocou da produção de uma genealogia do poder para uma análise mais abrangente acerca do lugar do Estado e das técnicas de governo para a compreensão das relações de poder na modernidade. Nesse curso, além de ser reafirmado o deslocamento do Estado como ponto de agregação do poder, Foucault alcança a noção de que a prática de governo tem naturalizado seu pertencimento ao Estado.

gramas incidentes sobre a saúde das pessoas um modo de governo da vida das populações, de uma forma aceitável e orgânica de governo da vida, onde tudo é governável. Nesses espaços, a condução das condutas aparece como elemento a ser destacado, no sentido de que a conduta de cada sujeito não é livre, mas normatizada e conduzida com fins políticos.<sup>53</sup>

Como escreve Prado Filho (2006), centrada na condução de condutas, a governamentalidade não coincide com as concepções habituais de governo político de um Estado sobre uma sociedade ou território, centrado em leis que definem direitos e deveres dos cidadãos. A governamentalidade (e o governo), tal como problematizada por Foucault,

é tecnologia política multiforme que age de forma bem ampla, bem fina e bem concreta, articulando-se a saberes sobre os sujeitos: incide sobre corpos individuais e coletivos regulando, marcando, normalizando e individualizando; induz efeitos de

---

<sup>53</sup> Uma matriz grega e outra judaico-cristã confluíram no estabelecimento da governamentalidade. De acordo com Foucault, é possível identificar as influências da política grega como uma matriz nos modelos mais atuais de governo do Ocidente, por meio da estrutura democrática, com características totalizantes, no seu centramento legalista baseado no direito, na ideia de governo dos outros e sujeição ao poder (FOUCAULT, 2008b). De um modo não tão evidente, também se faz presente nas práticas de governo moderno uma matriz judaico-cristã: o poder pastoral. Tendo seus fundamentos no povo hebreu, e mais tarde na fusão da soberania com a tradição cristã, a ação do pastorado é voltada para o todo, mas é também fortemente individualizante e subjetivante. O pastorado tem como problema conduzir, sem desgarramentos e em segurança, o coletivo que se coloca sob seu poder. No pastorado os conduzidos vêem-se necessitados de uma direção que reside no reconhecimento dos perigos internos ao rebanho. A docilidade da ovelha e a presença do bom pastor levam ao apoio da própria ovelha à sua condição, que subjetiva as normas de conduta do grupo. A condução que parece já suficiente potencializada é acrescida de um elemento importante e característico do poder pastoral: a subjetividade. O pastorado permite ao pastor um conhecimento fino do sujeito, pois exerce o seu poder com suporte do saber. Assim, o poder pastoral se utiliza do conhecimento individualizado de cada um perante o coletivo. O pastorado inventa a individualização do saber como uma forma de governo e de cuidado individual para cada uma das ovelhas, o que se traduz, na modernidade, em práticas de governo dirigidas à individualidade de cada um dos sujeitos (PRADO FILHO, 2006).

subjetividade, produz, subjetivações; concerne à vida dos indivíduos, dirige-se a conduta; envolve técnicas e governo de si mesmo (PRADO FILHO, 2006, p.19).

Além disso, na governamentalidade, a possibilidade de legitimação dessas condutas da dimensão subjetiva é outro elemento a ser destacado. Ainda que seja o governo quem coloca o sujeito envolto no corpo social, o poder exige uma margem de liberdade para o seu exercício, pois, de acordo com Foucault (1990a, p. 138),

un hombre encadenado y azotado se encuentra sometido a la fuerza que se ejerce sobre él. Pero no al poder. Pero si se consigue que hable, cuando su único recurso habría sido el de conseguir sujetar su lengua, prefiriendo La muerte, es que se le ha obligado a comportarse de una cierta manera. Su libertad ha sido sometida al poder. Ha sido sometido al gobierno. Si un individuo es capaz de permanecer libre, por muy limitada que sea su libertad, el poder puede someterle al gobierno.

Aqui a razão de Estado se coloca no percurso intelectual de Foucault como decisivo na constituição de sujeitos modernos, ao passo que, paradoxalmente, também não há poder sem transgressão. A razão de Estado ainda tem na tecnologia de segurança sua centralidade, pois conduzir a vida requer assegurá-la, protegê-la, regulá-la, ordená-la e encaminhar tudo o que lhe for indispensável. Assim, as biopolíticas governam a vida das populações,<sup>54</sup> por meio de um conjunto de conhecimentos, com práticas de governo niveladoras de todos perante a norma.

---

<sup>54</sup> A governamentalidade pode ser entendida como a prática que possibilita a própria existência do Estado. Este não tem a função de reinar sobre os sujeitos, mas de exercer a regulação da vida das populações, o que exige do governante o conhecimento da população e a busca da sua segurança. Foucault considera que a população tem variação em sua organização. E, sendo assim, o governante não pode agir de modo voluntarista sobre ela. Ao governo caberá levar em conta os indivíduos e suas necessidades. Desafio posto a esse mesmo governante será o da produção do interesse coletivo, marcando assim a naturalidade da população e uma artificialidade possível dos meios criados para geri-la (FOUCAULT, 2008b).

Na razão de Estado, a estatística, etimologicamente entendida como conhecimento de Estado, tornou-se fundamental como instrumento de vigilância. Seus desdobramentos preditivos são métodos de imposição de modos de agir aos sujeitos, oferecendo uma gama de possibilidades de fundamentos para as normas enquanto condução das condutas, inclusive aquelas relativas a riscos. O problema das populações tem assim alcançado um nível de técnica de governo, um tipo de tecnologia que permite governar a alma, os sujeitos, a família, os filhos, a casa, a educação, na medida em que vai se ampliando para a coletividade.

#### **4.1.5 Da Biopolítica à Objetivação de Sujeitos no Estado (Neo) Liberal**

A biopolítica em meio às práticas econômicas foi uma última compreensão importante de Foucault sobre a objetivação por processos de normalização produzida a partir de práticas sociais. É o próprio Foucault (2008c, p. 30) quem diz que “só depois que soubermos o que era esse regime governamental chamado liberalismo, é que podemos, parece-me, apreender o que é a biopolítica”.

Para Foucault (2008c), no liberalismo, as políticas sociais<sup>55</sup> são conduzidas pelas biopolíticas e têm finalidades econômicas. As práticas de saúde se incluem destacadamente entre as políticas sociais. Estas são fundamentadas na existência do Estado, como instância que advoga condições de bem estar das pessoas de uma sociedade e funcionam em articulação com a economia de mercado, sendo estratégicas no controle dos antagonismos sociais,<sup>56</sup> ou “uma política que se estabelece como

---

<sup>55</sup> As políticas sociais inscrevem-se no âmbito do cumprimento dos direitos humanos, conquistados pelos movimentos do início do século XX, a fim de cumprir os direitos de segunda ordem, os direitos sociais e econômicos. Tais direitos têm como princípio a garantia do exercício efetivo das liberdades públicas por meio do asseguramento de necessidades, como saúde, moradia e educação - direitos sociais que o tornam apto a exercer seus direitos civis e políticos. Os direitos sociais têm grande disparidade em seu cumprimento pelos diferentes países e tem sido considerados como condição para o cumprimento dos direitos de primeira ordem, os políticos e civis individuais (Disponível em: <<http://www.dhnet.org.br/dados/cursos/dh/cc/1/sociais.htm>>. Acesso em: 16 jul. 2011).

<sup>56</sup> De acordo com Augusto (1989, p. 106), enquanto medida de Estado, as ações estatais relacionadas às políticas sociais têm caráter compensatório e redistributivo e são controversas, pois se referem ao bem estar coletivo e à garantia de um nível mínimo de consumo para todos os indivíduos cidadãos, mas “sua ação

objetivo uma relativa repartição do acesso de cada um aos bens de consumo” (FOUCAULT, 2008c, p. 194) e se constitui como uma maneira de se viver.

Ao fazer uma compreensão de Estado, e na busca do detalhe das práticas que o atravessam, Foucault (2008c) teve o encontro de seu percurso intelectual com um cenário de atribuição de críticas por cientistas econômicos, àqueles Estados que mantinham sob sua responsabilidade práticas sociais como a do previdencialismo universalista colocado pelo Plano Beveridge, da década de 1940. Tais Estados eram criticados sob o argumento de colocarem sua organização em risco, por estabelecerem práticas de governo totalitárias, devendo, ao contrário, serem governados pelas regras do mercado.

Foucault (2008c), ao estudar o caso do liberalismo alemão, compreendeu que as revisões críticas da gestão econômica desse país consistiam em um conjunto de direcionamentos para que o Estado, sob a égide da liberalidade econômica, não governasse demais.<sup>57</sup> Encontrava-se Foucault com o que vinha se constituindo nas transformações das relações econômicas denominadas de neoliberalismo, sobretudo das diretrizes estadunidenses do pós-II Guerra, em que a arte de governar passou a ser pensada com um limite interior no poder de governar, e no qual a presença do Estado deveria ser um tipo de arbitragem que assegurasse as possibilidades e a amplitude do mercado. Assim, Foucault

---

pode privilegiar os interesses, as posições e as situações particulares, apresentando-os e constituindo-os como representantes e expressões de um ‘interesse geral’ definido abstratamente”. Para o autor, as políticas sociais funcionam por meio da ativação de áreas de produção, representando a garantia de um salário indireto para os trabalhadores e podendo corresponder a interesses econômicos do capital, imediatos e de longo prazo.

<sup>57</sup> Para Foucault (2008c, p. 106), “o Estado nada mais é que o efeito, o perfil, o recorte móvel de uma perpétua estatização, ou de perpétuas estatizações, de transações incessantes que modificam, que deslocam, que subvertem”. Sendo o Estado, invenção, e algo que escapa de possibilidade analítica, colocava-se Foucault com o seu interesse voltado para as práticas que, no espaço do Estado, tinham visibilidade de sua constituição. Ao considerar que o Estado “é uma realidade específica e descontínua” (FOUCAULT, 2008c, p. 7), ele se apoiou na perspectiva da análise das práticas, de Paul Veyne (2008), e se colocou na posição de analisador do feixe de práticas que passam pelo Estado, especificamente sobre seus modos de exercer governo sobre as pessoas.

(2008c) deu visibilidade às transformações da relação entre o Estado e a economia liberal, entendendo esta última como uma grande estratégia.<sup>58</sup>

Com a abrangência de compreensões daí advindas, Foucault (2008c) revisitou sua ideia de biopolítica, já colocada sob o estandarte da governamentalidade, como modo móvel e fluido de se exercer poder, aliando a esta última a racionalidade do mercado, por meio da figura jurídica do Estado. Encontrava-se também Foucault com a escalada de constituição de Estados que desempenhavam suas práticas de governo sob os ditames do mercado e com esse diferenciado conjunto de condições para seu funcionamento - correntemente intitulado como neoliberalismo. Este, que não se encontra admitido como modo de operar a economia em muitos países, tem por característica a construção de um panorama institucional para a economia neoliberal funcionar, como processo de regulamentação de políticas (Estado de Direito) - prática em voga na economia de países capitalistas (SORJ, 2000).<sup>59</sup>

Assim, o Estado, mais do que aplicador das leis, é produtor de congregação dos sujeitos sob sua jurisdição, não vislumbrando singularidades, mas os direitos que passam a envolvê-lo. Tais direitos podem ser conferidos como atualização de processos de governamentalização, por meio das normalizações, quando o Estado se viu obrigado a inventar também a cidadania e, mais recentemente, no último século, aperfeiçoá-la, conferindo novos direitos, como, por exemplo, a mulheres e negros (CHAUÍ, 1999). Na direção da produção da cidadania, o Estado também convocou sujeitos e instituições para serem partícipes e legitimadores das estruturas de poder – a estrutura democrática, quando os processos de representatividade e participação passam a ser condição para o funcionamento do Estado.

---

<sup>58</sup> Nesse período, a ideia de dispositivo enquanto uma estratégia era um tema que vinha sendo acrescido aos estudos de Foucault. No seu texto a *Microfísica do Poder*, de 1992, publicado no Brasil, Foucault refere-se aos dispositivos enquanto estratégias móveis ligadas a instituições. Parece ser o liberalismo aqui aludido relacionado a uma estratégia de intensidade, dimensões de mobilidade ainda com uma visibilidade não perspectivada por Foucault, tanto que, no curso intitulado “O nascimento da biopolítica”, Foucault empreende, sobretudo, uma análise do liberalismo, mais até do que desenvolve seu conteúdo sobre a biopolítica.

<sup>59</sup> De acordo com Sorj (2000), organizações internacionais, sobretudo as norteamericanas, como o BIRD, PNUD e Fundações, como a Ford e Rockefeller, foram financiadoras de estudos e ações voltadas para a modernização dos sistemas judiciais levando a novas configurações de regulamentação e justiça, nas quais o mercado de certo modo passa a ser o lugar da verdade.

Por outro lado, coube também ao Estado neoliberal criar condições jurídicas para que os setores sociais pudessem funcionar como agentes econômicos no espaço da livre concorrência do mercado sem a interferência do Estado. Como diz Farhi (2007a, p. 123), “trata-se de criar as condições para que possam fechar-se as torneiras dos subsídios estatais a setores privados economicamente fragilizados” e de buscar a realidade das condições de mercado na superfície das relações sociais, intensificando as possibilidades do sujeito empreendedor.

Diante desse conjunto de condições, os sujeitos, considerados com direitos, já há muito distantes das práticas absolutistas empreendidas pela lei soberana, passam a não ser mais apenas considerados como capital humano, ou seja, investidos pela “análise de um comportamento humano e da racionalidade interna desse comportamento” (FOUCAULT, 1988c, p. 307). A análise econômica passa a considerar os indivíduos qualitativamente em seu trabalho e, além disso, estes são investidos como *homoeconomicus*, potencializados como empresários de si mesmos. Por meio de elementos inatos e adquiridos, os sujeitos são conduzidos para autoinvestimentos e cálculos acerca dos elementos genéticos, educacionais e médicos para o melhoramento desse capital (FOUCAULT, 2008c). De acordo com Foucault (2008, p. 345-346), a grade de inteligibilidade adotada para o comportamento desse “novo indivíduo” é a que o torna governamentalizável, ou seja, “a superfície de contato entre o indivíduo e o poder que se exerce sobre ele, por conseguinte, o princípio de regulação sobre o indivíduo, vai ser esta espécie do *homo economicus*”, na sua aceitação em regular suas ações de acordo com a realidade fundamentalmente econômica (FARHY, 2007a).

Contudo, ainda que tenha ocorrido um processo de moralização do trabalho com a “descoberta” da liberalidade do trabalho como algo que pode passar a ser “administrado” (CASTEL, 2000), tal empreendedorismo humano pode ser visto em neoliberalismos recentes, precarizado, inclusive, para aqueles sujeitos do capital humano e os investidores do *homo economicus*. Ou seja, isso se dá onde o cenário jurídico criado encontra desvios sob a égide do mercado, já que é preciso governar para o mercado e não por causa dele (FOUCAULT, 2008c). Isso tem ocorrido, sobretudo, em países que não conseguiram correspondentes “economias” entre os discursos e práticas de cidadania, direito e democracia, na direção do estabelecimento de políticas sociais. Nesses casos, como indica Augusto (1989, p. 108), referindo-se à gestão das políticas sociais no neoliberalismo, dos anos 1990, do Brasil, entre as quais inclui as políticas de saúde,

a tensão acumulação *versus* equidade acaba por pressionar muito mais intensamente o lado mais fraco, o da equidade; desta forma, o projeto de “normalização” das relações sociais, tentado através das políticas sociais, tende a não se concretizar, subordinando os objetivos sociais da política estatal a fins propriamente econômicos.

Assim, grandes desníveis na equidade têm levado a processos de privatização, com fins de atendimento a interesses patrimonialistas,<sup>60</sup> incluindo-se aí políticas sociais voltadas à saúde das populações. Estas, precarizadas, por sua vez, produzem efeitos na universalização do acesso às políticas sociais, e novas iniquidades (SORJ, 2000).<sup>61</sup>

Sorj (2000), ao analisar aspectos da configuração da sociedade brasileira, lembra se tratar de uma ingenuidade fazer uma análise de sociedade apenas pelos seus encaminhamentos econômicos. Para o autor, há de se lembrar que há os sujeitos e as instituições como um tipo de balizador desse processo. Quando a economia move, pela liberalidade, as práticas do Estado até balizas desconhecidas, a análise precisa ser sempre cotejada com alguma compreensão do que se faz presente no campo de forças que se estabelece. Há aí um jogo de forças para o qual concorrem sujeitos e instituições.

No neoliberalismo, as balizas do que deve ser considerado desviante sob um parâmetro maior de veridicção das condutas são conferidas pelo mercado. É relacionado a isso que Foucault (2008b, 2008c)

---

<sup>60</sup> Sobre o Brasil, especificamente, Sorj (2000) indica ter ocorrido o estabelecimento do Estado que pode ser caracterizado por meio de sete “faces”: por um caráter patrimonialista (pelas suas bases rurais), ao mesmo tempo racionalizador (pela instalação de um nacionalismo), com suas instituições fragilizadas, mas voltadas para o capital, pautado na desigualdade e heterogeneidade em sua estrutura social, com decorrências para uma cidadania caracterizada pela inacessibilidade às instituições, e com uma sociabilidade parca no que tange ao reconhecimento das hierarquias e instituições, de bases comunitárias e à margem de processos sociais mais abrangentes.

<sup>61</sup> O Brasil, na década de 1990, teve grande número de empresas estatais privatizadas, bem como a instalação de um rol de agências de serviços estatais que antes tinham controle público. No período de dez anos, de 1996 a 2005, foram criadas dez agências reguladoras. A primeira delas, em 1996, foi a Agência Nacional de Energia Elétrica, e, 1995, ela foi seguida por muitas outras, como a Agência Nacional de Vigilância Sanitária, criada em 1999, e Agência Nacional de Saúde, criada em 2000.



mostra como as disciplinas perderam a necessidade de ter um desenho exaustivo. Com a compreensão da população como um problema político, o poder disciplinar, que ocorre sobre o território, cada vez mais vem dando lugar a práticas de segurança e controle sobre a população. A população, com os avanços de um liberalismo coordenado pelo mercado, e que pressupõe liberdade, tem como contrapeso a necessidade de procedimentos de segurança. O Estado, por meio de suas práticas de governamentalidade, conduz o sujeito com ações e demandas específicas e com discursos de que, no liberalismo, “vive-se perigosamente”.

Essa incursão de Foucault sobre as práticas de governamentalidade teve muitos ecos sobre a compreensão das sociedades modernas. Um dos mais importantes, quiçá, são os estudos de Deleuze (1992), que acompanhou proximamente esses últimos estudos de Foucault, trazendo desdobramentos acerca de que as sociedades, a partir da metade do século XX, passaram a ser sociedades de controle sobre os sujeitos. A impossibilidade do exercício disciplinar, contudo, não produziu arrefecimento do poder, mas este se dá por meio de outras estratégias, que agem nos espaços abertos de modo generalizado, atualizadas por meio das tecnologias institucionais disponíveis.

Para Deleuze (1992), a sociedade de controle pode ser vista em seu início: no sistema penal há o regime, aberto, com mecanismos de controle do preso; nas escolas existem controles contínuos; nos hospitais há uma medicina “sem médico e sem doente”, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco; na empresa há novas formas de tratar o dinheiro. Isso pode ser visto aliado a certa crise nas instituições ou à “implantação progressiva e dispersa de um novo regime de dominação” (DELEUZE, 1992, p. 225), com outra forma de relação com o capital e mercado. Nesse cenário diferente, o Estado passou a ser o agenciador de sociedades de controle, voltando-se as políticas sociais para essas práticas sobre os indivíduos, tendo como fim último a garantia de manutenção do mercado.

#### 4.2 GENEALOGIA DA ÉTICA: SUBJETIVAÇÃO DE SUJEITOS E PRÁTICAS DE SI

Conforme foi abordado no texto anterior, até a década de 80, Michel Foucault tratou dos modos de objetivação do sujeito pelo discurso, nos estudos da arqueologia do saber, e dos modos de objetivação por práticas individualizantes e normalizadoras, na genealogia do poder. Como fundamento para a problematização do sujeito que se almeja realizar, a seguir será apresentado como se dão as práticas de subjetivação

em face das relações de poder. Tais conteúdos serão organizados com o intuito de servirem de fundamento para a compreensão sobre como os sujeitos se relacionam com as normatividades presentes nas práticas de promoção de saúde.

Até as produções da genealogia da ética, Foucault identificava um sujeito produzido pelo poder e pelo discurso, o que o colocava no alvo de críticas cujo argumento era o de que ele produzia uma filosofia do desespero<sup>62</sup>. Contudo, no Curso do Collège de France “A Hermenêutica do sujeito”, de 1982, e em dois livros produzidos na sequência,<sup>63</sup> “História da sexualidade II” e “História da sexualidade III”, Foucault

---

<sup>62</sup> Ainda que tenha sido frequente a designação de Foucault como estruturalista, pós-moderno ou pós estruturalista, até aqui ele havia desenvolvido um percurso intelectual que não se tratava de uma história da filosofia ou de seus métodos. Por meio de alguns diálogos com a filosofia, que têm em Friedrich Wilhelm Nietzsche seu grande representante, desenvolveu uma crítica aos modos de produção de saberes modernos, colocando-se na contramão, ao mesmo tempo, do humanismo - centrado no homem como condutor de sua história - e do pensamento positivista - que colocava a racionalidade como saída para os problemas modernos. No entanto, ainda que seu trânsito no discurso tenha se dado em face de problemas modernos (saber, poder e subjetividade), Foucault não reeditou tais discursos, tampouco apresentou soluções para os problemas, mas apenas conduziu problematizações sobre eles. É nesse sentido que pensadores da liberdade o intitulavam como um produtor da filosofia do desespero, tendo em vista sua compreensão do sujeito objetivado, como ponto de chegada, e não de partida - ao contrário das filosofias modernas. Em um tipo de continuidade às análises que já vinha empreendendo acerca da resistência ao poder ao longo de seu percurso, mantendo-se desviado de uma ótica antropológica (MOREY, 1990), Foucault defrontou-se com a questão da subjetivação e o problema filosófico da verdade. Para Candioto (2008, p. 88), na perspectiva filosófica tradicional, de Platão a Kant, passando por Descartes, a articulação entre subjetividade e verdade “postula ser inaceitável a existência de verdade sem que a preceda o sujeito puro a partir do qual ela é considerada verdadeira”. No entanto, para Foucault (1988b; 1988c), tal articulação se dá pelo viés histórico, quando há de se considerar a relação que o sujeito estabelece consigo a partir de verdades atribuídas pela cultura. Ou seja, “em vez de examinar as condições e possibilidades da verdade para um sujeito em geral, Michel Foucault procura saber quais são os efeitos de subjetivação a partir da própria existência de discursos que pretendem dizer uma verdade para o sujeito” (CANDIOTO, 1988, p. 89).

<sup>63</sup> O curso “Hermenêutica do Sujeito” é de 1984 e os livros da “História da Sexualidade” II e III foram publicados em 1984. Ou seja, são contemporâneos entre si. Contudo, os leitores tiveram acesso ao curso somente em 2001, e em francês. Em português a publicação é de 2007. Logo, verifica-se que há um descompasso no acesso a essas obras de Foucault.

responde a tais críticas, desenvolvendo seu percurso de pensamento sobre os processos de subjetivação, nos quais o sujeito trabalha para produzir uma estética sobre si mesmo e se reconhecer como sujeito moral, ainda que se mantenha como sujeito da norma e do preceito.

A partir dos seus últimos estudos, Foucault (1988b; 1988c)<sup>64</sup> compreendeu como o sujeito moderno fazia a experiência dele mesmo enquanto sujeito de uma sexualidade. Com eles, ele complementou seu projeto geral analisando a sexualidade “como um modo de experiência historicamente singular en el cual el sujeto es objetivado para sí mismo y para los otros, a través de ciertos procedimientos precisos de ‘gobierno’” (MOREY, 1990, p. 34). Foucault (1988b) mostrou um tipo de relação dos sujeitos com eles próprios ocorrendo na Antiguidade grega, século IV a.C., quando era possível a sua modificação “em seu ser singular”, bem como quando eles podiam “fazer de sua vida uma obra” que fosse “portadora de certos valores estéticos e responda a certos critérios de estilo” (1984b, p. 15), em um conjunto de práticas denominadas de “artes da existência”. Com base nessa premissa, demonstrou que a experiência grega de relações se colocava no plano da ética, uma vez que não se baseava em regras que se encontravam explicitadas em um código.<sup>65</sup>

---

<sup>64</sup> Os volumes II e III da “História da sexualidade” foram planejados por Foucault como uma análise genealógica, tal como fora iniciada na “História da Sexualidade I”. Contudo, seus achados resultaram em mudanças metodológicas e consequentes mudanças do olhar para os sujeitos. Quando Foucault constatou que a noção de sujeito desejante, muito presente ao longo da história, sempre saltava à sua vista como algo a ser considerado, optou por fazer um trabalho histórico e crítico do desejo e do sujeito desejante. Passou a “analisar as práticas pelas quais os indivíduos foram levados a prestar atenção a eles próprios [...] estabelecendo de si para consigo certa relação que lhes permite descobrir, no desejo, a verdade de seu ser, seja ele natural ou decaído” (FOUCAULT, 1988b, p. 11). Ou seja, a fim de compreender como o sujeito moderno podia fazer a experiência dele mesmo enquanto sujeito de uma sexualidade, seria “indispensável distinguir previamente a maneira pela qual, durante séculos, o homem ocidental fora levado a se reconhecer como sujeito do desejo” (FOUCAULT, 1988b, p. 11).

<sup>65</sup> Deprendem-se do modo grego de relação com as regras as noções de ética e moral para Foucault (1988b, p. 26), que entende por moral “o conjunto de valores e regras de ação propostas aos indivíduos e aos grupos por intermédio de aparelhos prescritivos diversos, como podem ser a família, as instituições educativas, as igrejas, etc.”. Em um segundo conceito de moral, ele faz relação com o comportamento real dos indivíduos em relação às regras e aos valores que lhes são propostos: “designa-se, assim, a maneira pela qual eles [os indivíduos] se submetem mais ou menos completamente a um princípio de conduta; pela

“Trata-se da formação de si através das técnicas de vida e não do recalque pelo interdito e pela lei” (FOUCAULT, 1997b, p. 112). Nesse sentido, os conceitos de moral e ética para Foucault indicam a constituição do sujeito, com um tipo de governo de si mesmo em meio às regras, normas e preceitos – conduzindo-se, subjetivando-se e reconhecendo-se enquanto tal, por meio das “práticas” ou “técnicas de si”. Ou como diz o próprio Foucault, (1990b, p. 49):

Quizás he insistido demasiado en el tema de la tecnología de la dominación y el poder. Cada vez estoy más interesado en la interacción entre uno mismo y los demás, así como en las tecnologías de la dominación individual, la historia del modo en que un individuo actúa sobre sí mismo, es decir, en la tecnología del yo.

O resultado do estudo da relação do sujeito consigo mesmo na Antiguidade tornou possível compreender a ocorrência de um trabalho dos sujeitos em relação ao que a sociedade diz que ele é e o que ele necessita, bem como o reconhecimento de normas e moralidades. Os processos de subjetivação nesse contexto implicavam um reconhecimento por parte do próprio sujeito como objeto do enunciado e de uma prática. Nessa perspectiva, não se faz suficiente que os saberes e os poderes enunciem o que um sujeito é, mas como ele se reconhece como tal.

Sendo assim, a subjetividade é entendida como resultado de processos de subjetivação, estes por sua vez resultantes do embate entre forças de objetivação e reconhecimento, que podem se dar em distanciamentos diferentes com relação às regras prescritas (FOUCAULT, 1988b).<sup>66</sup> No contexto da experiência dos gregos, a saúde, por exemplo,

---

qual eles respeitam ou negligenciam um conjunto de valores” (FOUCAULT, 1988b, p. 26).

<sup>66</sup> Foucault identificava haver sempre um embate do sujeito consigo mesmo, no qual este realiza um trabalho sobre si e do qual a subjetividade é resultante. Tal embate foi estudado por meio de quatro aspectos, que envolviam: “determinação da substância ética”, que é a consideração pelo sujeito, das diferentes possibilidades de se colocar em face das morais; “modos de sujeição”, que são as formas pelas quais o indivíduo é incitado a reconhecer suas obrigações morais; “ascese ou elaboração do trabalho ético”, que são as ações do sujeito sobre si mesmo, a fim de tornar seu comportamento correspondente às regras, e “teleologia”, que consiste naquilo que o sujeito afirma na correspondência ou não ao código moral (FOUCAULT, 1988b).

era a resultante do trabalho sobre si, ou da busca de um autodomínio, através de técnicas e práticas de si, sobre tipos de operação dietéticas e corporais, no sentido de alcançar a condição salutar. Esse sujeito estetizava-se, não no sentido de se perguntar a prescrição ou código para ser considerado um sujeito saudável, mas buscando as características de uma pessoa saudável, articuladas às suas condições, com atenção e disposição para a consolidação de sua estética da existência – uma possibilidade ética.

Já nas análises do comportamento sexual do mundo romano dos séculos I e II, Foucault (1988c) encontrou diferenciações importantes em relação à Antiguidade Clássica. O conjunto de interdições destacadas por meio dos códigos fez a relação consigo mesmo de períodos anteriores, tomada pela preocupação consigo, desdobrar-se em uma cultura de cuidado de si. Uma possibilidade de estetização diferente foi vista por Foucault (1988a) na experiência romana, quando a austeridade levou à busca de prescrições das condutas. Dela depreende-se o cuidado que foi apropriado sob a égide de um conjunto de prescrições, nas quais o princípio ético maior pode ser o de aperfeiçoar a própria alma com a ajuda da razão. Qualquer ideia correlata à da saúde aqui teria o discurso médico aliado ao zelo da alma como preceitos delineadores dos pressupostos de cuidados, tomados pelos sujeitos, individualmente, no cuidado de si mesmos, com um quadro de regimes, que abarca as relações *in totum*, com o corpo, com o sexo, com as dietas – outra possibilidade ética, com características mais individualizadas. Compreendia Foucault a historicidade da relação dos sujeitos com os prazeres e um modo de constituição de sujeitos.

De acordo com Carmo (1999, p. 179), os estudos acerca da ética da Antiguidade Clássica e Romana permitiram a compreensão da ética como um “jogo complexo de proximidades e afastamentos entre uma ação moral, um código e um constituir-se”. Nessa concepção de ética, o sujeito pode, sob diferentes possibilidades, considerar a regra e um olhar para si mesmo, do qual se depreende que subjetivação não seja um reconhecimento tranquilo de nomeação, mas um processo de estetização em que a atividade deve criar o próprio sujeito como uma obra de arte na relação que tem consigo mesmo, em uma ascese (FOUCAULT, 1995b).

Juntamente aos conceitos de moral, Foucault apresenta também a ideia do “conduzir-se perante as regras”, ou sua compreensão do que vem a ser a ética. De acordo com Foucault (1988b, p. 27), a ética é: “a maneira pela qual é necessário conduzir-se – isto é, a maneira pela qual se deve constituir a si mesmo como sujeito moral, agindo em referência aos elementos prescritivos que constituem o código”. É nesse sentido

que Foucault afirma que não pode haver a liberdade, mas apenas práticas de liberdade. Essas não dizem respeito à liberdade irrestrita de um sujeito abstrato que se denomine e se constitua enquanto livre, mas a um conjunto de práticas possíveis dentro dos condicionantes sociais, nos quais existem os outros sujeitos, as verdades e os valores, nos quais a liberdade individual tem um papel importante. Contudo, isso não se refere a um individualismo, pois isto acaba por implicar na responsabilidade do sujeito com os outros. Como diz Foucault (2004, p. 271):

O *êthos* também implica uma relação com os outros, já que o cuidado de si permite ocupar na cidade, na comunidade ou nas relações interindividuais o lugar conveniente, seja para exercer uma magistratura ou para manter relações de amizade. Além disso, o cuidado de si implica também a relação com o outro, uma vez que, para cuidar bem de si, é preciso as lições de um mestre.

Além disso, prática de liberdade também não é sinônimo de assujeitamento *in totum*, enquanto um apagar-se diante do poder, pois, para Foucault (1995a, p. 244),

o poder só se exerce sobre “sujeitos livres” enquanto “livres” – entendendo-se por isso sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer. Não há relação de poder onde as determinações sociais estão saturadas – a escravidão não é uma relação de poder.

Uma vez que o sujeito é objeto totalizado por uma prática que o produz, a prática de liberdade diz respeito ao modo com que o sujeito se relaciona com a sujeição, aceitando-a e assujeitando-se, ou resistindo - exercendo algum tipo de força. Reside aqui um elemento fundamental para a compreensão da subjetividade em Foucault: a possibilidade de esta se fazer nas linhas de fuga à objetivação pelas práticas e pelos discursos, por meio da transgressão. A transgressão não se dá como uma ação de liberdade diante do discurso, não no sentido de sucumbir ao poder, mas em ser diferente, procurando uma linha de fuga em relação ao enunciado presente na norma.

É nessa dinâmica do sujeito em face do poder que pode ser entendido o espaço de constituição da subjetividade, ao qual Foucault (1995a) relaciona não ser um dos maiores problemas filosóficos e políticos da modernidade responder o que somos, mas recusar o que somos. Nas suas próprias palavras,

o problema político, ético, social e filosófico de nossos dias não consiste em tentar liberar o indivíduo do Estado nem das instituições do Estado, porém nos liberarmos tanto do Estado quanto do tipo de individualização que a ele se liga. Temos que promover novas formas de subjetividade através da recusa deste tipo de individualidade que nos foi imposto há vários séculos (FOUCAULT, 1995a, p. 239).

Nesse sentido, as práticas de si ou técnicas de si não são consciência, autorreflexão ou interiorização, mas um conjunto de práticas que um sujeito opera sobre si em um dado momento histórico. Constituem-se como um tipo de tecnologia, no qual o sujeito é objetivado para si mesmo e para os outros diante de certos procedimentos precisos de governo sobre suas vidas. Os estudos sobre os processos de subjetivação podem ser considerados vias de acesso à análise crítica das técnicas de governo, quando, nas palavras do próprio Foucault (1990, *apud* Morey, p. 34), “governar [*governing*] es siempre un difícil y versátil equilibrio, con conflictos y complementariedades, entre las técnicas que aseguran la coerción y los procesos a través de los cuales el ‘uno mismo’ [*the self*] es construido y modificado por sí mismo”.<sup>67</sup>

Tal concepção de ética, na qual o sujeito torna-se vertical a si mesmo, em um momento em que Foucault (1988b) acreditava que ia se afastar dele, tem, na articulação dos dispositivos, solo fértil para a compreensão da subjetivação que nas sociedades modernas (biopolíticas) se encontram em curso, por meio da governamentalidade. Sobre os dispositivos, Deleuze (1990, p. 157) se pergunta se “las líneas de subjetivación no son el borde extremo de um dispositivo y si ellas no esbozan el paso de um dispositivo a outro; de esta manera prepararían las ‘líneas de fractura’”. De acordo com o autor, o dispositivo tem alcançada sua pos-

---

<sup>67</sup> Conferência ministrada por Foucault, intitulada “*Truth and subjectivity*”, em nota de número 35: “20 y 21 de octubre de 1980; Howison Lecture. Véase Centre M. Foucault, Documento D-2(1 y2)/288.1987, clasificado reservado (MOREY, 1988).

sibilidade de manutenção, mas, ao mesmo tempo, suas possibilidades de formação de linhas de fratura, exatamente com os processos de subjetivação, que envolvam práticas de liberdade. A subjetivação, envolta em práticas de liberdade, configura-se como dimensão de resistência ou de escape aos saberes e aos poderes, dobra estes últimos que se voltam sobre si próprios, deixando a possibilidade de ocorrência de algo novo.

Desse modo, o Estado, retirado do *locus* de concentração do poder, não deve ser a direção de lutas, quando um novo tipo de relação com a economia de poder, de acordo com Foucault, passa por uma análise que subsidie ações transversais dirigidas às práticas de governo. Tais análises consistem em desvelar, primeiramente, as políticas de identidade presentes na política moderna como formas de marcação social e produtora de indivíduos, bem como os diferentes tipos de resistências aos dispositivos normalizantes e aos efeitos do poder, nas relações cotidianas.



## 5 APRESENTAÇÃO E ANÁLISE DOS DOCUMENTOS

### 5.1 DOS DISCURSOS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL NO PROCESSO DEMOCRÁTICO

No Brasil, o discurso da promoção da saúde já se fazia presente nas décadas que antecederam o processo de democratização da sociedade brasileira. Exemplo disso foi o Sistema Nacional de Saúde, instituído em 1975 no Brasil, ter conceituado atividades de promoção, recuperação e proteção da saúde como o conjunto de serviços do setor público e privado. Contudo, esses eram relativos à reverberação da promoção da saúde em instituições internacionais e acadêmicas, diante dos índices de adoecimentos e os gastos com a assistência em saúde (LIMA, 2002).<sup>68</sup>

O recorte histórico desse primeiro subarquivo<sup>69</sup> dar-se-á a partir da VIII Conferência Nacional de Saúde (VIII CNS), realizada em março de 1986. Essa conferência é considerada um acontecimento para as transformações do sistema de saúde no Brasil. Trata-se de um período em que a promoção da saúde ainda não encontrava delineamento na política mais geral de saúde. Assim, a análise dos documentos desse subarquivo é inaugurada pelo Documento do Relatório da VIII CNS, seguido pelo conjunto das principais legislações expedidas pelo Ministério da Saúde (MS), que tiveram a função de organizar a reforma do sistema de saúde que entrava em curso.

No conjunto de documentos analisados nesse subarquivo, buscar-se-á localizar a promoção da saúde constituindo-se por meio das seguintes séries discursivas: o encampamento pelo Estado, gestão em saúde, condições de saúde e adoecimentos da população, o desenvolvimento econômico, a saúde como estratégia para a democracia. Ou seja,

---

<sup>68</sup> Tal reverberação, no Brasil, se deu diante do discurso que vinha sendo apresentado em outros países, como o Relatório do ministro canadense La Londe, apresentado em 1974, que apontava mudanças na orientação do sistema de saúde daquele país. Ressalte-se que, na década de 1970, ainda que o Brasil estivesse inaugurando esse discurso, o modelo de saúde era hospitalar, sendo o trabalho em saúde desenvolvido pelos municípios centrado nos atendimentos de pronto socorro (LIMA, 2002).

<sup>69</sup> Os vários arquivos com documentos primários analisados encontram-se no Quadro 1, “Documentos primários documentos brasileiros que instalam a Política Nacional de Promoção da Saúde”. Cada um desses documentos tem uma breve descrição no Apêndice 3.

os documentos relativos a esse subarquivo, serão analisados a partir do eixo de concentração de discursos relativos a cada uma dessas séries.

### 5.1.1 O Encampamento pelo Estado

A VIII Conferência teve sua importância como início de um processo de estatização, sem precedentes, das ações de saúde no país. O texto de apresentação do Relatório da Conferência (1986a, p. 3) exemplifica esse processo de liberalidade de expressão e estatização:

Falar em Reforma Sanitária, não é só falar em Reforma Administrativa, não é só falar em um momento, em um tempo determinado, mas sim falar de um processo que viabilize, no prazo mais curto possível, a superação do quadro sanitário de nosso país, processo que começa pelo reconhecido direito do cidadão a saúde e o dever do Estado em prover os meios para isso, o que implica na construção de um novo modelo institucional de serviços, descentralizado, hierarquizado e sob comando único [do Estado], sustentado por novos mecanismos de financiamento.

O Relatório da VIII Conferência confere visibilidade à relação entre sociedade organizada e Estado nesse momento histórico. Por um lado, tratava-se da possibilidade de expressão dos movimentos sociais, por outro, de um projeto de ação de Estado. O discurso oficial presidencial é emblemático nesse sentido, quando anunciou na abertura desse evento que a Nova República estaria cumprindo as promessas postergadas, aos brasileiros, da condição de plena cidadania, sendo que “nenhuma oportunidade é mais cara, mais necessária, mais valiosa do que a oportunidade da vida” (BRASIL, 1986, p. 9).

O documento resultante da VIII Conferência passou a ser disponibilizado pelo Estado, pois foi também deliberação da conferência a criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, paritário, composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada. Tal grupo foi organizado naquele mesmo ano e intitulado “Comissão Nacional da Reforma Sanitária”. A vontade de estatização do processo pode ser vista ainda na composição dessa comissão, que foi majoritariamente integrada por órgãos governamentais, e minoritariamente pela sociedade civil. A isso é somado o fato de que o ato da instalação de tal comissão se deu por Portaria Interministerial, do Ministério da Saúde, da Educa-

ção e da Previdência e Assistência Social, bem como por pronunciamentos de Estado de figuras de primeiro escalão dos respectivos ministérios. Tais figuras e atos estatais deixam visível o estabelecimento de distintos interesses, ou de jogos de poderes. Ou seja, o movimento social passa a ser reconhecido, mas o Estado, por meio da assunção dos problemas de saúde, passou a ser um ator importante. Estado e movimento social colocam-se em relação com interesses relativos à saúde da população.

Os problemas de saúde nacionais indicados pela Conferência, e colocados sob os auspícios do Estado, por meio da instalação da Comissão da Reforma Sanitária, fizeram com que este assumisse as críticas ali contidas referentes aos obstáculos à saúde como um direito, às desigualdades sociais e regionais oriundas do Estado autoritário “de outrora”, sem ação diante dos interesses de empresários da área médico-hospitalar (BRASIL, 1986, p. 9).

Nesse processo, ainda não ocupavam lugar de destaque os discursos da promoção da saúde, mas na direção de autocrítica, o Estado foi uníssono ao Movimento da Reforma Sanitária na ideia de “reformulação mais profunda do conceito de saúde e sua correspondente ação institucional” e revisão da legislação “que diz respeito à promoção, proteção e recuperação da saúde” (BRASIL, 1986, p. 11). Contudo, o relatório da Conferência deixou indicado que, na direção de assunção do Estado sobre a saúde, havia pontos de tensão sobre os quais não poderia ser alcançado consenso: aqueles relativos à presença do setor privado nas ações de saúde, bem como sobre a estatização da indústria farmacêutica. Esses dois pontos encontram-se assim indicados no relatório:

A questão que talvez mais tenha mobilizado os participantes e delegados foi a natureza do novo Sistema Nacional de Saúde: se estatizado ou não de forma imediata ou progressiva. A proposta de estatização imediata foi recusada, havendo consenso sobre a necessidade de fortalecimento e expansão do setor público. Em qualquer situação, porém, ficou claro que a participação do setor privado deve-se dar sob o caráter de serviço público “concedido” e o contrato regido sob as normas do Direito Público. Em relação a esse tema, é impressão da comissão de redação que a proposição “estatização da indústria farmacêutica”, aprovada na Assembléia Final, conflita com esse posicionamento geral, por não ter sido objeto de uma discussão mais aprofundada (BRASIL, 1986a, p.12-13).

Tais pontos, que serão mais bem analisados acerca da forma final que tomam no texto da Constituição Federal de 1988, tornam visível a coexistência, já na VIII Conferência, de um encampamento, pelo Estado, das ações de saúde, e, ao mesmo tempo, um dissenso quanto às formas de implementação dessas ações. O texto indica não ter sido possível uma discussão mais aprofundada sobre estatização e privatização do setor saúde – um debate do qual se pode dizer um ilustre ausente. Ainda assim, na tentativa de superar as críticas feitas ao conceito da Organização Mundial da Saúde (OMS), de 1948 (CAPONI, 1997; KAHALLE, 2003), foi definido o seguinte conceito de saúde na VIII CNS:

Em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É, assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida [...]. A saúde não é um conceito abstrato. Define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas (BRASIL, 1986, p.12).

Ao indicar condições concretas de vida para que seja alcançada a saúde, o conceito da VIII CNS assemelha-se àquele que seria referendado, internacionalmente, naquele mesmo ano, na Conferência de Otawa, relacionando o conceito de saúde ao de promoção da saúde. Isso porque essa era a ideia propagada pela OMS já na Conferência de Alma Ata, em 1978, sobre atenção primária em saúde. E, além disso, a promoção da saúde já tinha sido reconhecida pela OMS em 1984, por meio do documento “Health promotion: concepts and principles” (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1984). Contudo, tal conceito também carrega problemas em seu bojo.

O conceito de saúde da VIII CNS revisitava reivindicações das lutas de classes como responsáveis frente às mazelas em saúde. Este é considerado por Caponi (1997) pouco operativo, por ser superestruturalista, podendo levar a uma perda da especificidade da biologia e ao psiquismo (e à articulação entre eles) e, não restando enfermidade que não seja resultante desse pólo, a medicalização ganharia terreno. A análise da autora remete ao que, de fato, ocorreria na operacionalização do pró-

prio conceito no cenário da sua articulação com o Estado. A esse conceito de saúde foi articulado um dos eixos estruturantes da conferência: a saúde como um direito. Isso colocou o Estado como protagonista-mor nos encaminhamentos para que a saúde fosse assim considerada, quando esse direito passou a significar

a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade (BRASIL, 1986, p. 13).

Paradoxalmente, o texto do Relatório da VIII CNS também indicou que esse direito encontrava outros balizadores:

esse direito não se materializa, simplesmente, pela sua formalização no texto constitucional. Há, simultaneamente, necessidade de o Estado assumir explicitamente uma política de saúde conseqüente e integrada às demais políticas econômicas e sociais, assegurando os meios que permitam efetivá-las (BRASIL, 1986a, p. 13).

Foi desse modo que a VIII CNS deu suporte ao debate acerca do que seria um conceito ampliado de saúde: por meio da assunção do Estado sobre responsabilidades acerca das condições de vida das pessoas. Porém, foi necessária a suspensão do debate sobre financiamento. Ou seja, diante da inevitável pauta do cenário econômico trazida pelos movimentos sociais na VIII CNS, o Estado se colocou como amortecedor do conflito, assumindo as críticas, sendo ao final mantida a complementaridade do setor privado, cabendo ao Estado a tarefa da regulação das práticas desse setor no campo da saúde. De acordo com o texto da VIII CNS, “os prestadores de serviços privados passarão a ter controlados seus procedimentos operacionais e direcionadas suas ações no campo da saúde, sendo ainda coibidos os lucros abusivos” (BRASIL, 1986, p. 18). O Estado coloca para si, na consolidação do que iria ser chamado de Sistema Único de Saúde, o controle dos prestadores de serviços privados e a “hercúlea” tarefa de coibição dos “lucros abusivos” do âmbito privado.

O Relatório caracteriza seu texto como indicativo, e não conclusivo, demandando aprofundamentos posteriores com relação a tal debate. Após, em outro ponto, deixa destacado que a não efetivação do que ele propõe seria limitação estrutural, certamente dirigida às possibilidades do Estado. É assim que se pode ter a VIII CNS como um importante momento da história da saúde no país, pelo estabelecimento de um campo de forças diferentes do que se tinha até então, quando saúde é indicada como um conceito concreto, e não abstrato. Saúde “define-se no contexto histórico de determinada sociedade e num dado momento de seu desenvolvimento, devendo ser conquistada pela população em suas lutas cotidianas” (BRASIL, 1986, p. 12). Diferentemente do que teria sido possível na ditadura militar, as batalhas em torno de situações prioritárias agora poderiam ser travadas, mas nessas o Estado, diferente daquele do regime militar, colocou-se com responsabilidades, todavia limitado em suas possibilidades.

A série assunção do Estado, no texto sobre a saúde na CF de 1988, pode ser vista sob o estandarte mais geral da seguridade social, onde se encontram indicadas as práticas de saúde e assistência social. A propósito, um capítulo inteiro da Carta Magna é reservado a essa temática, sendo, nessa configuração, saúde e previdência social separadas em suas ações e financiamento, mas rearticuladas como preocupações de Estado. Nesse capítulo da Constituição, as ações do Estado são delineadas como ponto de equilíbrio entre jogos de força, sendo possível entrever a busca de totalização do Estado no tocante às ações de seguridade – inclusive sendo a universalidade um de seus princípios. Contudo, as modalidades de financiamento da seguridade sob responsabilidade do Estado, que são diversas, dão mostras de que a seguridade estaria envolta em dinâmicas muito amplas na cena social, requerendo equilíbrio e otimização, ou seja, a população passa a ser problema político.

Na CF de 88, o equilíbrio e a otimização referidos aparecem não somente na responsabilização do Estado pela saúde, já anunciada na VIII CNS, mas na afirmação do fato de ela ser política, econômica e social, como o texto diz em seu artigo 196: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988). Ou seja, as estratégias para tanto incluem as ações de promoção da saúde, somadas às de recuperação e proteção, mas sem maiores especificações do que cada uma dessas ações signifique na consecução de saúde. Além disso, o Estado como protagonista do alcance de um “Estado de vida” é estabelecido com característi-

cas totalizantes para todos, indistintamente, ainda que não se saiba se necessitam ou vivem aquelas condições, o que dá visibilidade a um sujeito capturado, ao menos em sua saúde, pelo Estado.

O conceito de saúde “superestruturalista”, oriundo da VIII CNS, não se fez presente no texto da CF de 88, o que pode ser compreendido pelo espaço de batalha que passou a ser relacionado ao campo da saúde. As discussões ocorridas na Comissão de Reforma Sanitária (BRASIL, 1986b),<sup>70</sup> após a VIII CNS, deixam entrever, em uma de suas notas de rodapé, que a Secretaria de Planejamento (SEPLAN) e as Confederações Nacionais da Indústria (CNI) e do Comércio (CNC) apoiaram a proposta de não incluir as especificações daquele conceito de saúde para o texto que seguiria para a Constituição.

Por outro lado, o texto da CF de 1988 reitera a participação do setor privado como já indicado na VIII Conferência, bem como a participação no setor saúde de instituições filantrópicas e de entidades sem fins lucrativos. Como aponta Mattos (2009, p. 776), longe das aspirações do movimento da reforma sanitária, a presença da iniciativa privada no texto constitucional “constitui-se um arranjo no qual o SUS não é o único sistema de saúde, e sim um dos sistemas de saúde, financiado publicamente, e que convive com outros sistemas, reunidos sob o comércio da saúde suplementar”.

A esse debate sobre as práticas privadas em saúde garantidas pela Constituição de 1988 deve ser acrescentado que o texto da Carta Magna indica prioridade às instituições filantrópicas e às sem fins lucrativos. Nessa esteira, encontra-se a reedição de práticas de saúde que mantém os antigos serviços filantrópicos, de natureza caritativa e religiosa, com tradição no modelo hospitalar. Isso, a um só tempo, distancia a saúde como um direito e afirma uma perspectiva médica que há algum tempo se instalou nessas instituições. A isso vem se somar ainda a participação do terceiro setor e das Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público (OSCIPIs), que, por conflito de legislações, funcionam à margem de controles estatais (BARREYRO, 2010),<sup>71</sup> acrescentando à sua hercúlea tarefa de regulação do setor saúde já aludida.

---

<sup>70</sup> Encontra-se disponibilizado pelo MS a versão do Relatório da VIII CNS em uma série de documentos intitulada “Democracia é saúde”, dentre as quais um deles é o Relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária, indicada pela VIII CNS.

<sup>71</sup> A Lei nº 9790, criou, no ano de 1999, “as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPIs –, visando incluir, dentro do público, às organizações que se dedicam ao desenvolvimento humano e social sustentável, à promo-

Na CF de 1988, ainda, com relação ao encampamento da saúde pelo Estado, pode ser cotejada a presença de outros discursos contraditórios acerca de direito à saúde. O atendimento integral, um dos princípios da assistência, é indicado apenas para os serviços conferidos pelo Estado, portanto os públicos. Ou seja, o texto constitucional mantém a coexistência da saúde em espaços privados e públicos, onde práticas não podem acontecer sob as mesmas regras. Além disso, a prevenção é tida como prioritária, devendo ocorrer “sem prejuízo aos serviços assistenciais” (BRASIL, 1988). E, não se referindo à promoção da saúde, a perspectiva preventiva ganha espaço, seja no âmbito do SUS propriamente dito, ou fora dele. No âmbito privado, o preventivismo, e todo seu desdobramento tecnológico e farmacêutico, passam a ter solo firme para se afirmarem. Mais uma vez, o Estado, com a participação do setor privado, traz limitações para si na sua consecução do direito à saúde anunciada como integral à população e para as suas ações, afirmadas no texto constitucional, de controle em saúde pública e privada. Esse conjunto de condições, resultantes da articulação de saúde e direito, e ao mesmo tempo com participação do setor privado, pode ser relacionado também ao que Mattos (2009) assevera sobre a existência de uma estratégia de redução de apoio político ao que viria ser o Sistema Único de Saúde (SUS).

O texto constitucional indica, ainda, em seu último enunciado específico sobre saúde, um conjunto de mecanismos que colocam de modo destacado o papel político e também de política do Estado sobre o corpo. É adotada a intermediação do Estado como condição *sine qua non* para a remoção de órgãos, tecidos e substâncias, em instituições públicas ou privadas. Além disso, ainda passa a ser controle do Estado a produção de insumos para a saúde, a vigilância de condições sanitárias e epidemiológicas, a saúde do trabalhador, os alimentos e o meio ambiente (BRASIL, 1988) Estas últimas práticas estatais, conforme será analisado em séries seguintes, sob a égide da epidemiologia, serão institucionalizadas como práticas de vigilância em saúde das quais se desdobrarão práticas denominadas como práticas de promoção da saúde (BRASIL, 2006e).

---

ção da assistência social, à cultura, à educação gratuita, à conservação do patrimônio, à saúde gratuita, à segurança alimentar e nutricional, à defesa do meio ambiente, à promoção do voluntariado, ao combate à pobreza, à promoção de direitos, aos estudos e pesquisas (art. 3º). Ou seja, as ONGs” (BARREYRO, 2010, p. 180).



Na esteira da intensa movimentação popular que se fez presente na VIII CNS, os enunciados relativos à saúde aprovados na CF de 1988 obtiveram regulamentação, por meio da Lei nº 8080/90. Esta regulamentou o SUS oriundo da CF de 1988 enquanto “o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais, da Administração direta e indireta e das fundações mantidas pelo Poder Público, constitui o Sistema Único de Saúde (SUS)” (BRASIL, 1990).

A Lei nº 8080/90, em suas disposições preliminares, ainda que indique ser diverso o rol de ações dos serviços de saúde – no qual se inclui a promoção, proteção e recuperação, também não detalha esses tipos de ação. Nas suas disposições gerais, recupera a conceituação de saúde e sua relação com condições concretas de vida, bem como reitera o papel do Estado nesse processo. Nela é retomado o papel do Estado na “regulação das ações e serviços de saúde, executados [...] por pessoas naturais ou jurídicas de direito público ou privado” (BRASIL, 1990a). Enquanto desdobramento da CF de 1988, o SUS é uma assunção possível, ao Estado, no tocante às ações de saúde, ou seja, a Lei nº 8080/90 coloca tão somente a assunção e regulação do Estado sobre o SUS, não sendo perspectivado ali o modo de ocorrência da regulação sobre as outras possibilidades de oferecimento de serviços de saúde.

Em consonância com as diretrizes postas pela CF de 1988, a Lei nº 8080/90 indica ser dever do Estado a

formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990a).

Por outro lado, a Lei nº 8080/90 também reitera a possibilidade de ocorrência de serviços de saúde privados e estabelece que nestes “serão observados os princípios éticos e as normas expedidas pelo órgão de direção do Sistema Único de Saúde (SUS) quanto às condições para seu funcionamento” (BRASIL, 1990a). Ocorre que nesta Lei reitera-se também aquilo que já fora apontado como uma limitação do Estado no controle desses serviços. Exemplo disso pode ser a hierarquização, um dos direcionamentos organizativos do SUS, que, sumariamente, tendo em vista a autonomia relativa ao que é privado, não ocorrerá de acordo com os parâmetros do SUS. A isso se soma que, no estabelecimento de

regras de funcionamento para o setor privado, o Estado tem dificuldades em alcançar o que seria requerido para cumprimento do princípio da hierarquização, em face do tamanho da gestão, que envolve procedimentos, protocolos e tantas outras regras.

Nesse plano de análise, a ideia de universalidade também já estaria *in totum* comprometida, como já fora indicado antes, pela natureza mesma dos serviços privados, cujo acesso é limitado por princípio. E, envoltas nessa mesma problemática, a integralidade já tem mais clara as suas impossibilidades, pois exigiria ainda mais ação criteriosa por parte do Estado, uma vez que esta demandaria ainda maior propriedade estatal sobre as práticas realizadas no setor privado. Assim, a Lei nº 8080/90 é estabelecadora do funcionamento para a ação do que é relativo ao SUS, ou seja, do que é público, e não da saúde privada.

Na linha dos desdobramentos da atenção em saúde de caráter privado, a Lei nº 8080/90 também estabeleceu os serviços complementares na assistência. É desdobramento dessa lei a organização da Agência Nacional de Saúde (ANS),<sup>72</sup> anos depois. O que passou a ser chamado de saúde suplementar tem gerado grandes debates, tendo em vista o fato de os planos de saúde – carro-chefe dos serviços de saúde suplementar – não reconhecerem os princípios do SUS. Isso tem gerado grande esforço do governo no sentido de controlar, fiscalizar e regulamentar esse processo na direção da Lei nº 8080, com as garantias legais e benefícios no atendimento aos usuários (MERCADANTE, 2002).

A relação dos usuários com tais planos de saúde é atravessada por processos fortemente burocráticos e eivados de disputas financeiras acerca dos direitos dos que compram saúde por meio deles. Isso dista sobremaneira ao que fora acordado como princípios do SUS, quando a cobertura de tais planos é vista quase sempre minimizada a serviços médicos centrados, relações individualizadas e em intervenções terapêuticas cirúrgicas ou medicamentosas. Grandes empresas de planos de

---

<sup>72</sup> A Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), vinculada ao Ministério da Saúde, foi instituída no governo de Fernando Henrique Cardoso com a publicação da Lei nº 9961, de 28 de janeiro de 2000, e “representou a inserção definitiva da autoridade ministerial na regulamentação do mercado de medicina suplementar, até então da competência exclusiva da área econômica do governo, que limitava esse controle à supervisão do desempenho econômico-financeiro das empresas” (LIMA, 2002, p. 284). Na linha de controle das ações do Estado, nesse período foi criada a Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), em 1999 (Lei nº 9782), cuja finalidade é a de promover a proteção da saúde da população e o controle sanitário da produção e da comercialização de produtos e serviços, ambientes, processos, insumos e tecnologias.

saúde acumulam-se prestando apenas os serviços de natureza médica, de caráter positivo, de mais fácil regulação e que envolvem maiores montantes, sobretudo na rubrica dos exames e cultura dos diagnósticos. Sobre isso já se vê também, no âmbito privado, planos de saúde fundamentados no discurso da promoção de saúde, com vistas a um equilíbrio da gestão de custos dos serviços privados, conforme indicou Merhy (2002).

O encampamento pelo Estado tratado nessa série, visto aqui na VIII CNS, CF de 88 e Lei nº 8080, pode ser visto reeditado nas demais legislações que compõem esse primeiro subarquivo – nas Normas Operacionais Básicas de Saúde (NOBs) e nas Normas Operacionais de Assistência em saúde (NOAS). Contudo, essas ações poderão ser mais bem visualizadas nas análises das demais séries, sob um caráter mais operativo, sendo relacionadas à limitação das possibilidades do Estado aqui indicadas, bem como à visibilidade sobre a promoção da saúde.

### **5.1.2 Gestão em Saúde**

A VIII CNS avaliou o avanço tecnológico da atenção médico-hospitalar como correspondente ao de países desenvolvidos, contudo a essa avaliação não poupou críticas acerca da qualidade do progresso, indicando que esse “não correspondeu a uma generalização do acesso; não se conferiu efetiva prioridade às ações de caráter preventivo e de alcance coletivo, relativamente àquelas de natureza curativa e de alcance individual” (BRASIL, 1986, p. 7). Gestões sobrepostas, desvios de recursos e distanciamento da realidade local foram indicados como problemas a serem resolvidos. Foram então postos indicativos acerca da qualidade dos serviços, condições de acesso e qualidade e política de recursos humanos. E, no tocante à organização desses serviços, a VIII CNS indicou:

descentralização na gestão dos serviços; integralização das ações, superando a dicotomia preventivo-curativa; unidade na condução das políticas setoriais; regionalização e hierarquização das unidades prestadoras de serviços; participação da população, através de suas entidades representativas, na formulação de política, no planejamento, na gestão, na execução e na avaliação das ações de saúde; fortalecimento do papel do município; introdução de práticas alternativas de assistência à saúde no âmbito dos serviços de saúde, possibili-

tando ao usuário o direito democrático de escolher a terapêutica preferida (BRASIL, 1986a, p. 17).

Encontrava-se o indicativo de que a gestão da saúde fosse separada da previdência, e que fosse organizada por meio de um sistema nacional de saúde centralizado, territorializado e hierarquizado. Assim, o sistema de saúde indicado na VIII Conferência seria financiado pelo Estado. Sobre o financiamento, a VIII CNS fez diversos indicativos, que mais se assemelham a um projeto de gestão financeira. Contraditoriamente, fixou valores e os remeteu a debates posteriores na Comissão de Reforma Sanitária. Foi possível, contudo, na VIII CNS, de forma incontestada, a indicação da organização da gestão de modo mais detalhado: um nível de gestão federal, normatizador, formulador e responsável por estratégias; um nível estadual, planejador e orientador do sistema quanto às atividades do subsistema estadual; e um nível municipal de saúde.<sup>73</sup> Coube a esse último nível de gestão a prestação dos serviços de atenção básica, onde seriam realizadas as práticas de saúde ampliada, desviantes daquelas encaminhadas pela medicina flexneriana, que tinham na promoção da saúde sua possibilidade de consecução (DA ROS, 2006).

Foi com base nesses acontecimentos que a CF de 1988 estabeleceu o largo papel do Estado na gestão da saúde sob os mesmos princípios da seguridade social. Estes indicam que a gestão do SUS teria um caráter universal de atendimento, uniformidade e equivalência dos benefícios, irredutibilidade dos valores dos benefícios, equidade na forma de custeio e caráter democrático da gestão. Para o campo da saúde ficou acordada ampla operacionalização para a gestão do sistema de saúde. O texto da CF de 1988 (BRASIL, 1988) indica, em seu artigo 198, que

---

<sup>73</sup> O modelo proposto na VIII CNS, que viria constituir o SUS, com descentralização e redefinição de papéis das três esferas de governo, com ênfase na atenção básica, já havia sido proposto em 1963 na III Conferência Nacional de Saúde realizada inter-técnicos. Contudo, conforme indica Da Ros (2006), tratava-se de um período de grande ebulição no país e o golpe militar de 1964 impediu a implementação dessa proposta, sendo as conferências de saúde realizadas na ditadura caracterizadas pelo retrocesso na política e por encaminhamentos técnicos. Exceção pode ser feita, no fim do regime militar, à VII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1975, quando reapareceu a proposta de cobertura universal da atenção básica de saúde, que só foi instalada depois da CF de 1988.

as ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - descentralização, com direção única em cada esfera de governo; [...] III - participação da comunidade.

Encontrava-se posto, na forma de lei maior, a ser regulamentada por lei específica, um novo caráter gerencial do sistema de saúde pública. A novidade estava na ideia de territorialização, que presumia uma proximidade de ações até então não perspectivada. Isso, somado ao que fora indicado acerca de participação da comunidade, passava a ser, ao menos no nível dos discursos, gerador da expectativa de sujeitos a outras formas de alcançar a relação com o sistema. O discurso de saúde ampliada estava posto e a ele se relacionava o discurso da promoção da saúde como promessa de modelos diferentes dos existentes até então no setor saúde. Estavam reunidos motivos para que os sujeitos se colocassem entusiasmados com o alcance de condições sociais e de saúde, bem como para que houvesse uma avaliação positiva das ações dos movimentos sociais de saúde.

Em linhas gerais, a Lei nº 8080/90 veio dar o caráter operativo ao princípio da descentralização. Criou uma rede de atendimento em saúde que envolveu governo federal e municípios, tendo-se os governos estaduais como articuladores nos Estados, tendo a análise da municipalidade importância na consecução do que vinha se constituindo como promoção da saúde. Essa lei também foi intitulada de “Lei Orgânica da Saúde” - uma designação que também dá mostras da envergadura totalizante do Estado na organização do sistema. Porém, no tocante ao seu papel de organizadora dos níveis de atenção, por não colocar a municipalidade como estratégica, no modelo assistencial nos seus enunciados sobre financiamento, foi criticada.

Assim, o que tinha sido mantido do projeto original do Movimento Sanitário, sobre repasses automáticos de dinheiro e poder decisório de ações para os municípios, não foi alcançado. Por meio de 25 vetos presidenciais, os municípios mantiveram-se como intermediadores de convênios com os serviços privados concebidos na esfera federal, serviços privados estes desejosos de manter seus negócios de até então (MERHY, 1990).<sup>74</sup> Isso só fez manter a centralidade de preocupações muni-

---

<sup>74</sup> A Revista Saúde em Debate, do Centro Brasileiro de Estudos de Saúde, contém documentos relevantes para a constituição de um arquivo que busque a

cipais com o modelo hospitalar, destituindo a municipalidade de projetos que abrangessem, *in totum*, a saúde de sua localidade, bem como deslocando o município da esfera da promoção da saúde e até mesmo da possibilidade de efetivamente do trabalho, em face da prevenção à doença.

A regulamentação do SUS, depois da Lei nº 8080/90, teve a sua operacionalização de gestão apenas por meio das NOBs, de caráter interno ao MS, ou seja, dependentes de intensa ação da política nacional sobre os Estados e Municípios. As NOBs foram editadas nos anos de 1991, 1993 e 1996, e, em 2001 e 2002, foram editadas as Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS). Por meio dessa sequência de normatizações, buscou-se a definição de estratégias e táticas entre as três esferas de governo, com vistas a se estabelecer o que seriam os serviços de saúde oferecidos pelo SUS. São importantes a NOB 91, NOB 96 e a NOAS 01, uma vez que, para além do cunho gerencial, trouxeram direcionamentos discursivos para o processo de gestão em curso, com decorrências para a atenção básica e para o que foi se conformando como promoção da saúde.

A NOB 91 previu e incentivou a municipalização, inclusive com a inauguração da associação de consórcios intermunicipais.<sup>75</sup> Contudo, voltada para a organização ambulatorial e hospitalar, não conseguiu regulamentar o repasse de montantes que pudessem levar os municípios a desenvolverem seu projeto de saúde, conforme previa o artigo 35 da Lei nº 8080/90, que não fora regulamentado. Manteve o financiamento por meio de procedimentos e de forma convenial, dando guarida à lógica médico-hospitalar que já tinha sido construída.<sup>76</sup> Tal norma, de

---

análise das batalhas entre os interesses na aprovação da Lei nº 8080/90, bem como nas regulamentações subsequentes. O conjunto das edições da revistas publicadas desde o ano de 1976 pode ser acessado em: <<http://www.saudeemdebate.org.br/sobre/index.php>>.

<sup>75</sup> O consórcio é uma iniciativa autônoma do município estabelecida pela CF de 88 e presente nas Leis nº 8080/90 e 8142/90, tendo um caráter jurídico. Trata-se de um instrumento de gestão que possibilita a união de recursos disponíveis e o alcance de objetivos comuns. (Conselho Nacional de Saúde. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/APOIO/consorciosauade.htm>>. Acesso em: 20 abr 2011).

<sup>76</sup> Relacionado a isso está o fato de que o INAMPS manteve-se interno ao Ministério da Saúde, fazendo o repasse de finanças até que se consolidasse a separação entre saúde e previdência. O INAMPS, responsável por um modelo preventivista e suas adjacências no país até então, e conhecido como movimentador de grande quantidade de dinheiro, não poderia ter dado um destino diferente à

certa maneira, inviabilizou a municipalidade e os indicativos de atenção primária em saúde, oferecendo estofo para a manutenção e até mesmo para o fortalecimento de ações privadas em saúde.

Já a NOB 96 avançou no sistema de consórcio de municípios, que já havia sido encaminhado na NOB 93 sem grande potencial operacional. Deu condições para que a gestão dos diferentes níveis fosse gerenciada pela Comissão Intergestores Tripartite (CITs), pela Comissão Intergestores Bipartite (CIBs) e pela gestão municipal,<sup>77</sup> por meio do estabelecimento de condições, responsabilidades, requisitos e prerrogativas na atenção em saúde. Com ela, os municípios puderam desenvolver a gestão plena de seu sistema de saúde, ou, quando isso não fosse possível, desenvolveriam a gestão da atenção básica.

A NOB 96, além desse esforço organizativo, dividiu a atenção à saúde em três campos: o da assistência, dirigida às pessoas, individual ou coletivamente, prestada no âmbito ambulatorial e hospitalar, bem como em outros espaços, especialmente no domiciliar; o das intervenções ambientais, incluindo as relações e as condições sanitárias nos ambientes de vida e de trabalho, e o das políticas externas ao setor saúde, relativos aos determinantes sociais do processo saúde-doença (em-

---

NOB/91. Decorre disso que a NOB/91 tenha privilegiado o financiamento, e mais especificamente, a Assistência Hospitalar e Ambulatorial (SCATENA; TANAKA, 2001)

<sup>77</sup>As Comissões Intergestores Tripartite (CITs), Intergestores Bipartite (CIBs) e a gestão municipal tiveram sua criação na NOB 93. A “Comissão Intergestores Tripartite - integrada paritariamente por representantes do Ministério da Saúde e dos órgãos de representação do conjunto dos Secretários Estaduais de Saúde/CONASS e do conjunto dos Secretários Municipais de Saúde/CONASEMS. Tem finalidade assistir o Ministério da Saúde na elaboração de propostas para a implantação e operacionalização do SUS submetendo-se ao poder deliberativo e fiscalizador do Conselho Nacional de Saúde. Comissão Intergestores Bipartite – integrada paritariamente por dirigentes da Secretaria Estadual de Saúde e do órgão de representação dos Secretários Municipais de Saúde do Estado, deverá ser criada e formalizada através de portaria do Secretário Estadual de Saúde, sendo a instância privilegiada de negociação e decisão quanto aos aspectos operacionais do SUS [...] cujas definições e propostas deverão ser referendadas ou aprovadas pelo respectivo Conselho Estadual, submetendo-se ao seu poder deliberativo e fiscalizador”, sendo o secretário de saúde membro nato nesta comissão. [...] “Na gestão municipal o Conselho Municipal de Saúde – instância permanente e deliberativa, atua na formulação de estratégias e no controle da execução de Política Municipal de Saúde” (BRASIL, 1993).

prego, habitação, educação, lazer e disponibilidade e qualidade dos alimentos). Depreende-se aqui uma concentração do que poderia ser considerada promoção da saúde, ao segundo e terceiro campo de saúde indicado pela NOB 96, mas tal norma não se debruça em detalhar o funcionamento de tais campos. Destaque-se que, nos campos de atenção indicados pela NOB 96, ainda que afirmada a ocorrência de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, o caráter preventivo, tal qual colocado na CF de 1988, é indicado como prioritário: “nos três campos referidos, enquadra-se, então, todo o espectro de ações compreendidas nos chamados níveis de atenção à saúde, representados pela promoção, pela proteção e pela recuperação, nos quais deve ser sempre priorizado o caráter preventivo” (BRASIL, 1996).

Contraditoriamente, calcada na ideia da municipalização, a NOB 96 indicou o estabelecimento de programação de atividades publicamente pactuadas com maior proximidade das pessoas. Essa tentativa de estabelecer bases para um modelo ampliado de atenção à saúde, como próprio documento intitula, é embasada na ideia de

ser associado, enriquecido, transformado em um modelo de atenção centrado na qualidade de vida das pessoas e do seu meio ambiente, bem como na relação da equipe de saúde com a comunidade, especialmente, com os seus núcleos sociais primários – as famílias. Essa prática, inclusive, favorece e impulsiona as mudanças globais, intersetoriais (BRASIL, 1996).

Buscando-se a consecução de seus direcionamentos para a atenção básica, o sistema de financiamento na NOB 96 passou a ocorrer por meio da transferência de recursos do Piso da Atenção Básica (PAB) fundo a fundo, destinado ao custeio de procedimentos e ações de assistência básica, de responsabilidade tipicamente municipal, desde que o município alimentasse um banco de dados de interesse nacional. O PAB, por sua vez, passava a ter acréscimos em seus valores quando o município apresentasse ampliação do atendimento populacional pelas equipes do Programa de Saúde da Família (PSF) e do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Ressalta-se que, a partir de 1994, já se encontravam em funcionamento tais programas, com financiamento do BIRD, a partir da experiência nordestina diante da seca e de investimentos na década anterior, relativa às Ações Integradas em Saúde (AIS).



Assim, a NOB 96 passou a viabilizar a atenção primária, com a transferência fundo a fundo do PAB e incentivos financeiros para as unidades com PSF e PACS. O texto do documento “Saúde da família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial”, publicado no ano de 1997, foi o instalador da saúde da família enquanto política oficial do país para a atenção primária, *locus* primordial da ocorrência da promoção da saúde. O texto do documento indica que o PSF tem como objetivo a reversão do modelo vigente. Para o PSF, concorre a “mudança do objeto de atenção, forma de atuação e organização geral dos serviços, reorganizando a prática assistencial e novas bases e critérios”, bem como transformações no *modus vivendi* das pessoas (BRASIL, 1997, p. 8). Nesse documento, é marcada a passagem da designação de “programa” de saúde da família para “estratégia”, tendo em vista o fato de suas ações não serem verticais nem paralelas às demais ações dos serviços de saúde, mas sim o que possibilita a “integração e promove a organização das atividades em um território definido, com o propósito de propiciar o enfrentamento e resolução dos problemas identificados” (BRASIL, 1997 p. 8). Enquanto estratégia, o PSF tinha a função de enfrentar “a crise estrutural do setor público entrevista pela fragilidade apresentada tanto na eficiência como na eficácia da gestão das políticas sociais e econômicas” (BRASIL, 1997, p.7). Logo, problemas que eram hiatos entre os direitos sociais e a capacidade de oferta dos serviços públicos passam a ter a territorialização como solução.

Ao mesmo tempo em que a NOB 96 dá um direcionamento que parece fortalecer a ideia de atenção primária oriunda da Conferência de Alma Ata, ao deixar ocorrer *pari passu* outro sistema de saúde, hospitalar e ambulatorial, com outra lógica em seu procedimento de financiamento, macula a universalidade do atendimento. Distribui uma atenção básica, reduzida, para uma parte da população, e coloca em um caixa separado outro tipo de procedimento (de finanças) para o setor privado crescer de acordo com a lógica de mercado (DA ROS, 2006). Isso consistiu em um tipo de financiamento de um enfraquecimento político da atenção básica e de uma perspectiva de saúde pública, o que fez com que o PSF fosse considerado um programa direcionado apenas para pobres. Tal ideia o próprio documento Saúde da Família (BRASIL, 1997, 9) combate diretamente, indicando que o PSF não seria “um programa destinado para pobres”, mas que contém práticas que requerem “alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitude”.

Para além dos problemas do financiamento da atenção básica, com a NOAS 01, alguns problemas foram acentuados. A NOAS 01

dividiu os níveis de atenção em alta complexidade (hospitalar), média complexidade (serviços especializados) e atenção básica (NOAS 01), bem como instituiu o Plano Diretor de Regionalização da Assistência para os Estados – por meio das regiões de saúde<sup>78</sup> e definiu prioridades de ações em saúde. Com o objetivo de “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”, a NOAS 01 organizou o acesso voltado para a oferta dos serviços de saúde e não para a demanda, pois tinha como um de seus objetivos o “estabelecimento de diretrizes para a organização do primeiro nível de referência, voltado para a resolução dos problemas de saúde mais frequentes da população brasileira” (NOAS, 2001, p. 20) Isso também porque, com a NOAS 01, o município passou a ter seus recursos delineados mais pelo fato de um município ter estrutura para tal, do que por apresentar a demanda.

De acordo com Mendes (2011), a organização do acesso pela oferta de serviços constitui um equívoco nos setores saúde. E tal tipo de organização presente na NOAS 01 inviabilizou o município na gestão de seu sistema, por um lado, o que por outro resultou no engessamento na gestão, distanciando a dimensão política, que requereria o processo colocado em curso na VIII CNS. E, relativamente às possibilidades da promoção da saúde, a NOAS 01 indicou ser de responsabilidade do plano diretor de regionalização a realização de “ações de promoção da saúde e prevenção de doenças” (BRASIL, 2001). Na NOAS 01, a promoção da saúde, ao fazer parte de um elenco de atividades bem situadas - atendimento pré-natal, doenças crônicas e saúde bucal -, ficou sem dimensionamento dentre o rol de outras demandas presentes na região de saúde.

---

<sup>78</sup> As regiões de saúde são “recortes territoriais de um espaço geográfico contínuo, identificados pelos gestores municipais e estaduais tendo como base identidades culturais, econômicas e sociais, assim como as redes instaladas de comunicação e infra-estrutura de transporte. Nessas regiões, os gestores de saúde organizam uma rede regionalizada de ações e serviços capaz de prestar atendimento a toda a população local”. As regiões podem ser intramunicipais, intraestaduais, interestaduais e fronteiriças – estas últimas compostas por municípios territorialmente contíguos pertencentes a um ou mais Estados e a países vizinhos (A B C do SUS. Disponível em: <[http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico\\_det.php?co\\_topico=715&letra=R](http://dtr2004.saude.gov.br/susdeaz/topicos/topico_det.php?co_topico=715&letra=R)> Acesso em: 20 abr. 2011).

Além disso, a atenção básica, sob os ditames da NOAS, tem definidas áreas de atuação estratégicas mínimas: o controle da tuberculose, hipertensão arterial e diabetes *mellitus*, a eliminação da hanseníase e a saúde da criança, da mulher e bucal. E, ao ser um dos níveis de atenção, juntamente com a alta complexidade (hospital) e média complexidade (serviços especializados), estas últimas com notável valorização financeira, com a sua designação de “básica”, passa a ter um esvaziamento político relacionado a um discurso de menos importante para as práticas ali realizadas, deixando de ser aquele nível fundamental de atenção à saúde dos sujeitos enquanto primeiro contato desses com o sistema, efetivando-se de modo seletivo às populações à margem do desenvolvimento econômico (MENDES, 2011).

### 5.1.3 Condições de Saúde e Adoecimentos da População

Na abertura da VIII Conferência, por meio de sua representação estatal maior, o tema das condições de adoecimento da população se fez presente no encaminhando da necessidade de revisão das políticas de saúde implementadas até então. Na ocasião, foi citada a conjuntura de desigualdades com relação aos padrões de saúde, quando foi considerado inadmissível:

Que o nordestino e o nortista tenham uma expectativa de vida dramaticamente inferior a dos habitantes das regiões do sul do País. Inaceitável, também, é que 1/3 da população brasileira tenha uma alimentação insuficiente e absolutamente inadequada. O Brasil não pode continuar sendo uma nação de vários Brasis: um Brasil menor, de cidadãos de primeira classe e abastada classe, e um Brasil imenso, de um povo de segunda e necessitada classe. Será deixado para trás o quadro desses Brasis: o forte, o doente, o fraco, o débil, o sadio. Construiremos, portanto, e devemos construir um só Brasil: o do povo com saúde, livre de todas as endemias (BRASIL, 1986a, p. 7).

A VIII Conferência Nacional de Saúde, na postura analítica das condições de saúde, e no intento que se colocava para a participação da representação popular nas decisões e encaminhamentos de saúde, indicou ser “indispensável garantir o acesso da população às informações

necessárias ao controle social dos serviços, assegurando, a partir da constituição de um Sistema Nacional de Informação” (BRASIL, 1986a, p. 21). Tal indicação referia-se também à visibilidade da informação para a definição da Política Nacional de Saúde, sobretudo por parte da gestão federal. Sob a égide do que viria a ser a educação em saúde, encontrava-se posta a gestão de dados em saúde.

A CF de 1988 estabeleceu a constituição de políticas, por parte do Estado, que visassem à “redução do risco de doença e de outros agravos”. Isso pode ser indicado como elemento importante para as ações estatais subsequentes acerca de um grande investimento em informação em saúde. Tal direcionamento teve um alargamento nos discursos presentes na Lei nº 8080/90. Nessa lei podem ser constatados diversos direcionamentos para as ações de vigilância sanitária e epidemiológica. Contudo, antecedida pela NOB 91, a NOB 96 é a medida governamental que colocou regras acerca de como se daria esse processo. Tal medida consistiu na ampliação do objeto e da mudança no método, com adoção de tecnologias plurais que envolveram a valorização da informação informatizada dos dados em saúde, cuja função seria a de

ampliar o enfoque do modelo atual, alcançando-se, assim, a efetiva integralidade das ações. Essa ampliação é representada pela incorporação, ao modelo clínico dominante (centrado na doença), do modelo epidemiológico, o qual requer o estabelecimento de vínculos e processos mais abrangentes (BRASIL, 1996)

É a partir desses direcionamentos que foram reorganizados sistemas de informação existentes há décadas, e implementados outros, tais como: o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), em 1975; o Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), em 1990; o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), em 1993; o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN); o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA-SUS), em 1991; o Sistema de Informação Hospitalar (SIH-SUS), em 1991 e o Sistema de Informações de Atenção Básica de Saúde da Família (SIAB), em 1998.

Assim, ainda que a NOB 96 tivesse remetido seu método à territorialização, o que teria como condição as estratégias de aproximação do serviço às condições de vida das pessoas, a vinculação com o território não foi alcançada como método no limite superior de suas possibilidades. A ideia de informação em saúde ganhou força positiva no conjunto

de ações da atenção básica, consistindo em uma máquina gerencial central de ações nesse nível de atenção, mas de difícil aproximação do serviço para com os sujeitos, conforme havia sido indicado na VIII CNS.

#### **5.1.4 O Desenvolvimento Econômico**

A VIII CNS pode ser considerada como a procura de novos discursos em direção à saúde das pessoas, por parte do Estado brasileiro, tendo em vista o alcance do desenvolvimento econômico. Tal preocupação teve início na virada dos anos 1940 para os anos 1950,<sup>79</sup> com a ideia de desenvolvimento econômico aliado à saúde, demarcada entre os países que venceram a II Guerra Mundial. Contudo, nessa época, o Brasil ainda não possuía subsídio tecnológico no campo da saúde, subsídio este já mais avançado nos anos 1980.

O discurso oficial do primeiro presidente não militar após os anos da ditadura, na abertura da VIII Conferência, é explícito ao indicar, em variados trechos, os objetivos econômicos que pautavam aquele evento. É sob a égide da formulação de um programa de estabilização econômica que se dava o discurso oficial na VIII CNS. Tal programa representava os mais elevados interesses nacionais, nos quais eram depositadas esperanças traduzidas pela cruzada cívica que tomou conta do Brasil. Aliava-se o programa de estabilização econômica a um amplo elenco de mudanças que o governo vinha patrocinando na sociedade brasileira, incluindo-se as mudanças na saúde:

---

<sup>79</sup> Após a I Guerra, o Brasil abriu o debate sobre o nacionalismo, quando o governo oligárquico da elite agrária viu a imigração como recurso para as promessas econômicas da lavoura cafeeira. Nesse processo, as ações de saúde constituíram estratégia para a própria afirmação da presença do Estado naquela sociedade (HOCHMAN, 1998). De maneira análoga, as preocupações com a saúde na década de 1980 também podem ser consideradas como uma ampla ação do Estado brasileiro sob a égide de interesses econômicos. A diferença nesse período se colocava com relação ao tipo de mercado, globalizado e capitaneado pelo governo estadunidense. Após o período crítico que o Brasil viveu nos anos 80, em virtude do grande endividamento internacional, acompanhado de outros países da América Latina, foram grandiosas as investidas internacionais econômicas que esses mesmos países obtiveram da Organização das Nações Unidas (ONU), em geral, e no tocante aos problemas da saúde da população daí decorrentes, da Organização Mundial da Saúde (OMS) e da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), em particular, sobretudo no sentido de reformulação de suas políticas sociais e econômicas (LIMA, 2002).

em verdade, as mudanças somente serão profundas se provocarem, de fato, uma melhoria de qualidade de vida do nosso povo, especialmente dos mais sofridos, que ao longo desses anos não tiveram acesso aos bens nem se beneficiaram dos serviços essenciais que o desenvolvimento ofereceu. Constatado que os indicadores de saúde da população são extremamente comprometedores. Não posso deixar de referir-me às grandes desigualdades que se manifestam no que diz respeito aos padrões de saúde. Doenças das quais se conhecem e dominam as técnicas para controle estão ainda presentes no território nacional, particularmente nas regiões mais pobres do País (BRASIL, 1986a, p. 7).

O debate acerca do cenário econômico, por sua vez, no texto consolidado pelo Relatório da VIII CNS, aparece enquanto um direcionamento realístico acerca de que o Estado deveria assumir a responsabilidade por uma política de saúde por meio da “adoção de políticas sociais e econômicas que propiciem melhores condições de vida, sobretudo para os segmentos mais carentes da população” (BRASIL, 2006, p. 14). Sem alcançar maiores detalhamentos da magnitude que obtinha o debate econômico acerca do setor saúde, o relatório indica a participação como uma via de acesso do controle social aos acontecimentos econômicos, pois, “entre outras condições, isso será garantido mediante o controle do processo de formulação, gestão e avaliação das políticas sociais e econômicas pela população” (BRASIL, 1986a, p. 13).

Já no texto da CF de 1988, a conceituação do que seja saúde foi atrelada a uma dimensão política maior para a qual concorrem *pari passu* políticas sociais e economia. Veyne (2008) destaca que, para ser compreendida, a relação governo-governado requer que se multipliquem as especificações, buscando-se análises, ainda que se faça necessário um extenso palavrório. Valendo-se do que indica o autor, destaca-se, mais uma vez, o artigo constitucional que trata dessa matéria: “a saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”. A análise atenta a esse enunciado do texto constitucional permite visibilidade de que a saúde foi, sim, colocada como um dever do Estado, mas sob a magnitude da economia, o texto

indica que o ator que irá garantir, afinal, a saúde, é de fato o conjunto das políticas sociais, mas na articulação com a economia.

A Lei nº 8080/90, nessa mesma direção, além de retomar os fatores determinantes e condicionantes da saúde das pessoas, indica que “os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País” (BRASIL, 1990). E, diante disso, o SUS é responsável pela formulação de uma política de saúde destinada a promover, nos campos econômicos e sociais, a “redução de riscos de doenças e de outros agravos” e pelo “estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1990).

As legislações subsequentes, como as NOBs, reiteram tão somente a dimensão do direito à saúde articulado ao usufruto de políticas públicas econômicas e sociais que reduzam riscos e agravos à saúde. Especificamente a NOB 96, ao indicar os campos de atenção à saúde, compreende as políticas macroeconômicas relativas ao emprego, à habitação, à educação, ao lazer e à disponibilidade e qualidade dos alimentos como importantes condicionantes às políticas externas ao setor saúde e que interferem nos determinantes sociais do processo saúde-doença das coletividades.

### **5.1.5 A Participação Social**

A VIII Conferência Nacional de Saúde ocorreu sob a égide do otimismo da representatividade e da participação da sociedade em um período pós-ditadura militar. De acordo com Ferreira (1992), na conferência anterior, ocorrida em 1980,<sup>80</sup> que foi realizada apenas com a presença de técnicos da área, sob inspiração de Alma Ata, a participação se fez presente apenas enquanto discurso entre seus indicativos, quando o discurso oficial presidencial se referiu à importância da participação das comunidades.

Os discursos da participação alcançam seu ápice, no cenário brasileiro, na VIII CNS, da qual pode ser destacado de seu Relatório que

---

<sup>80</sup> As conferências foram instaladas em 1937, durante o governo de Getúlio Vargas, em áreas estratégicas de governo, como reuniões técnicas e governamentais, com o objetivo de repasse ao governo federal das ações desenvolvidas em diversas áreas. No caso da saúde consistiam em espaços de importância para o desenvolvimento técnico na área pelos Estados, tendo ocorrido a participação popular apenas na VIII CNS, em 1986 (FERREIRA, 1992).

a participação aparece muito mais como um tipo de motor para a própria conferência:

o presente relatório final reflete um processo de discussão, que, iniciado nas pré-conferências preparatórias estaduais e municipais, culminou com a participação na 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde (CNS), de mais de 4000 pessoas, dentre as quais 1000 delegados. Este processo materializou-se nos textos, debates, mesas redondas, trabalhos de grupos e seus relatórios, resultando neste documento aprovado na plenária final da Conferência (p.11). As plenárias da 8.<sup>a</sup> CNS contaram com a participação efetiva de quase todas as instituições que atuam no setor, assim como daquelas representativas da sociedade civil, dos grupos profissionais e dos partidos políticos. O documento apresentado para aprovação em plenária foi o relato consolidado das discussões havidas durante três dias, nos 135 grupos de trabalho (38 de delegados e 97 de participantes), onde foram discutidos os temas Saúde como Direito, Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e Financiamento do Setor (BRASIL, 1986a, p. 11).

Na VIII CNS, a participação também apareceu no discurso oficial presidencial. Este enfatizou o sentido participativo e convocou as instituições públicas e privadas, os técnicos e as autoridades, as entidades comunitárias e associativas para fazerem um balanço adequado e propor as diretrizes que orientassem a organização do sistema de saúde que mais convém à sociedade brasileira. Note-se, contudo, que tal discurso se deu antecedido à manifestação do Movimento da Reforma Sanitária,<sup>81</sup> que lembrou não ser ter sido tão pleno o consenso acerca de como se daria a participação. Esta fora alcançada com sacrifícios, haja vista a ameaça dos representantes do setor privado de se retirarem da conferência. A participação era, de fato, resultante de batalhas, não somente no espaço da Conferência, mas em seus bastidores.

---

<sup>81</sup> VIII Conferência Nacional da Saúde. Discurso de Sergio Arouca na abertura da 8.<sup>a</sup> Conferência Nacional de Saúde em 1985. Disponível em: <[http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/galeria\\_video.htm](http://bvsarouca.icict.fiocruz.br/galeria_video.htm)>. Acesso em: 12 maio 2011.



Os discursos da participação na VIII CNS podem ter, na instalação do que passou a ser chamado de controle social, a sua maior representação<sup>82</sup>. Na esteira da conquista da representatividade na conferência, o Conselho Nacional de Saúde (CNS) passou a contar com indicativos de nova lógica em sua composição, que, além de representantes do governo, passou a ter a participação de entidades civis nacionais, “partidos políticos, centrais sindicais e movimentos populares, cujo papel principal será o de orientar o desenvolvimento e avaliar o desempenho do Sistema Único de Saúde, definindo políticas, orçamentos e ações” (BRASIL, 1986, p. 21). À semelhança do CNS, nos níveis estadual e municipal foi indicada a constituição de conselhos de saúde, todas instâncias destinadas a exercer o papel de controle social, ou de representantes da sociedade sobre os serviços de saúde.

Em um clima de liberdade para os discursos sobre participação, foi indicada na VIII CNS a garantia do acesso por parte da população às informações necessárias ao controle social dos serviços, bem como a realização de ações que conferissem transparência às atividades desenvolvidas pelo setor. E, a fim de garantir esse espírito participativo que açambarcou toda a ocorrência da conferência, com objetivos de se ter continuidade, aprofundamentos dos debates, e construção de subsídios para a Assembleia Nacional Constituinte na VIII CNS, foi deliberada a criação de um Grupo Executivo da Reforma Sanitária, composto por órgãos governamentais e pela sociedade civil organizada de forma paritária. Coube ao MS a convocação e constituição do referido grupo. Contudo, este não foi assim organizado, sendo maior a representatividade do Estado e dos setores corporativos, e não de movimentos sociais.

A ideia de participação social presente na VIII CNS manteve-se no texto da CF de 1988 como um dos princípios da organização do SUS. Tais indicativos são reafirmados na Lei nº 8080/90. Contudo, enunciados relativos à participação social e ao financiamento, nessa lei, paradoxalmente, foram vetados pelo primeiro presidente eleito por voto popular após a ditadura. Este negociou a apresentação do controle social e o financiamento em uma lei específica: a Lei nº 8142/90.

Na Lei nº 8142/90, a participação social indicada na VIII CNS alcançou organização do controle social na saúde pretendido, por meio

---

<sup>82</sup> A ideia de controle social, referida aqui como a operacionalização dos processos participativos em saúde, se refere à criação de instâncias de representação da população acerca dos serviços de saúde. Assim não se refere à ideia de mecanismos de controle disciplinar sobre os sujeitos, tal qual formulara Michel Foucault, ou a Sociedades de Controle, tal qual formulara Gilles Deleuze.

da criação das Conferências e Conselhos de Saúde. As primeiras, devendo ocorrer em cada unidade dos três níveis de gestão (Estado, Município e União), cujas reuniões deveriam ser realizadas a cada quatro anos com tarefa de formulação de políticas, sendo seus participantes eleitos em etapas prévias de discussão. Os Conselhos de Saúde, que têm seus membros eleitos, com caráter permanente e deliberativo, possuem função de formulação de estratégias e de controle da execução da política de saúde em cada município, em todos os Estados, e, por meio do Conselho Nacional de Saúde, no nível nacional.

Tais instâncias, por meio da Lei nº 8142/90, tiveram sua composição indicada pela representação do governo, pelos prestadores de serviço, pelos profissionais de saúde e pelos usuários. No entanto, por meio da Resolução nº 33/92, além de ter sido reafirmada a paridade na composição dos Conselhos de Saúde, passou a ser condição de que todos os conselhos, e mesmos as conferências, fossem formados por 50% de usuários, 25% de trabalhadores de saúde e 25% de prestadores de serviços (públicos e privados).

A organização do controle social deu-se também por meio do atrelamento de verbas que comporiam o Fundo Nacional de Saúde (FNS) à organização do controle social na União, nos Estados e nos Municípios. Para tanto, as gestões nesses três níveis de assistência deveriam compor o seu Conselho de Saúde, o seu plano de saúde, o seu relatório de gestão, a sua contrapartida de recursos para a saúde e a sua comissão de elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários. Tal legislação condicionou o não cumprimento dessas ações a que os recursos concernentes fossem administrados pela instância superior: no caso dos Municípios, pelos Estados; no caso dos Estados, pela União (BRASIL, 1990b). Assim, o que queria o movimento social, a participação nas ações de governo, passou a ter sua operacionalidade organizada dentro dos mecanismos estatais, com desdobramentos para o que veio a se constituir enquanto participação.

As condições para o controle social foram indicadas também na NOB 96, por meio dos vínculos dos serviços com os usuários, através da metodologia de trabalho que, ao privilegiar os núcleos familiares, propicia a participação com vínculo, mais criativa e realizadora nas instâncias colegiadas formais, conferências e conselhos e, além disso, “em outros espaços constituídos por atividades sistemáticas e permanentes, inclusive dentro dos próprios serviços de atendimento” (BRASIL, 1996).

O Documento Saúde da Família (1997) indica que as ações do PSF devem seguir as diretrizes estabelecidas pela legislação, no tocante à participação, para além dos locais estabelecidos formalmente, como as

conferências e conselhos de saúde. Tal documento, contudo, não especificava como podia ocorrer tal participação. De acordo com o documento, os “profissionais de saúde devem facilitar e estimular a população a exercer o seu direito de participar da definição, execução, acompanhamento e fiscalização das políticas públicas do setor” (BRASIL, 1997, p. 24).

### 5.1.6 A Saúde como Estratégia para a Democracia

A VIII CNS foi antecedida por articulações entre os movimentos sociais, que, diante das críticas à ditadura militar, empenharam-se em grande organização. É diante dessa condição, que “Saúde e Democracia”<sup>83</sup> passou a fazer parte do temário da VIII CNS, quando movimentos sociais fizeram enfrentamentos à involução que teve o setor saúde, tendo sido a articulação política em torno da VIII CNS uma das maiores organizações dessa natureza e tendo envolvido segmentos acadêmicos, estudantis, científicos e populares.

Sendo a VIII CNS um momento em que a participação e a representatividade eram palavras de ordem, e ainda antecedendo o chamamento ao processo Constituinte, não faltaram encaminhamentos no próprio Relatório associando saúde e democracia. Exemplo disso pode ser um conjunto de encaminhamentos articulados a uma diversidade de temas vinculados à saúde de modo mais amplo. Tais encaminhamentos, na III CNS, dirigiam-se à consecução da democracia como imprescindível para assegurar o direito à saúde, quando seria necessário

garantir uma Assembléia Nacional Constituinte livre, soberana, democrática, popular e exclusiva; a assegurar na Constituição, a todas as pessoas, as condições fundamentais de uma existência digna, protegendo o acesso ao emprego, educação, alimentação, remuneração justa e propriedade da terra aos que nela trabalham, assim como o direito à organização e o direito de greve; suspender imediatamente o pagamento dos juros da dívida externa e submeter à decisão da nação, via Assembléia Nacional Constituinte, a proposta de não pagamento da dívida externa; implantar uma refor-

---

<sup>83</sup> O Relatório da VIII CNS publicado pela Comissão de Reforma Sanitária traz em sua capa uma arte em que a relação entre saúde e democracia é vista sob ambos os prismas: saúde é democracia e democracia é saúde.

ma agrária que responda às reais necessidades e aspirações dos trabalhadores rurais, e que seja realizada sob o controle destes; estimular a participação da população organizada nos núcleos decisórios, nos vários níveis, assegurando o controle social sobre as ações do Estado; fortalecer os Estados e municípios, através de uma ampla reforma fiscal e tributária (BRASIL, 1986a, p. 15).

Mais uma vez, o discurso oficial presidencial antecedia as deliberações que, a seguir, a plenária da VIII CNS iria alcançar. Assim como o discurso acerca dos objetivos econômicos se fazia presente no discurso do oficial presidencial, também era presente o da democracia e suas adjacências, como os de cidadania e participação, com a conclamação à revisão de papéis do Estado.

Aqui estou para integrar-me aos trabalhos desta conferência, que se desenvolve num grande espírito de participação, com grande sentimento democrático e com grande espírito de construir. A democratização, portanto, do setor da saúde é compromisso de Governo (BRASIL, 1986a, p. 7).

O movimento social, ressonante a esses discursos, indicou estratégias de participação no processo Constituinte, convocando para as etapas prévias da Constituição grande participação social, sobretudo por meio de uma campanha nacional de ampla defesa à saúde, contra a mercantilização da medicina e pela melhoria dos serviços públicos em saúde. Sendo assim, também se fizeram presentes no texto da VIII CNS direcionamentos democráticos para o texto constitucional, em geral, e particularmente para o campo da saúde. Contudo, como já foi indicado antes, limitações específicas para avanços do papel do Estado e para a consecução da saúde das pessoas também já estavam ali expostos.

No texto da CF de 88, a democracia é colocada como objetivo da organização da seguridade social, afirmando-se o “caráter democrático e descentralizado da gestão administrativa, com a participação da comunidade, em especial de trabalhadores, empresários e aposentados” (BRASIL, 1988). É possível observar também, no texto constitucional, a abertura para que a seguridade social seja alvo de preocupação de diferentes segmentos da sociedade, sob a égide da democracia. A partir do texto da CF de 88, o discurso da democracia, que, nos demais documentos desse subarquivo, possui, por vezes, um caráter mais operacional, é

lembrado como método de encaminhamento das situações, sobretudo sendo referido à participação.

### **5.1.7 Do Discurso da Saúde Ampliada à Formação de um Dispositivo de Promoção da Saúde**

Nesse primeiro subarquivo procurou-se dar visibilidade aos documentos instaladores de uma reforma da política de saúde no período democrático brasileiro, buscando-se os lugares possíveis para os discursos da promoção de saúde. Assim, no intento de problematizar a promoção da saúde como um dispositivo, passa-se agora a analisar relações de saber-poder e subjetividade que a problematização requer, a partir das linhas de força desse mesmo dispositivo.

Os debates ocorridos na VIII CNS foram amplos. Tinham na sua pauta um conjunto de reivindicações dos movimentos sociais acerca da temática da saúde. Exemplo disso são os enunciados do pronunciamento de representante do Movimento da Reforma Sanitária na abertura da VIII CNS “saúde é mais do que algo do que as pessoas possam relacionar à doença”, mas é ter “direito à casa, ao trabalho, que tenham direito ao salário condigno, que tenha direito à água, que tenham direito à vestimenta, que tenha direito à educação, a ter informações sobre como pode dominar esse mundo e transformá-lo (...)”.<sup>84</sup>

Na VIII CNS, e nos anos seguintes, a promoção da saúde, ainda que já se fizesse presente no cenário internacional (MACÊDO, 1997), não teve um lugar de destaque entre discursos que passaram a estruturar os documentos legislativos, tampouco foi alvo de investimento institucional por meio de outros documentos estatais. Ainda que tivesse sido temário da Conferência Internacional de Otawa, naquele mesmo ano de 1986, a exemplo do conceito de saúde, que ainda era alvo de debates sobre sua definição, a promoção da saúde foi envolvida pelo ainda vigente discurso do conceito ampliado de saúde, que tentava se constituir desviado da doença.

A análise dos documentos permitiu visibilidade de forças discursivas oriundas da posição do Estado atuando conjuntamente aos movimentos sociais e fazendo movimentar o dispositivo da saúde ampliada,

---

<sup>84</sup> VIII Conferência Nacional da Saúde. Discurso de Sergio Arouca na abertura da 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1985. Disponível em: <[http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/galeria\\_video.htm](http://bvसारouca.icict.fiocruz.br/galeria_video.htm)>. Acesso em: 12 maio 2011.

divergente do modelo flexneriano vigente até então, e democratizada, no qual se inseriu a promoção da saúde. Os movimentos sociais constituíram-se em vetores de forças importantes na VIII CNS e também para a própria ocorrência dessa conferência. Ao longo da institucionalização da saúde pós-CF de 88, houve uma escalada da assunção, pelo Estado, dos encaminhamentos em saúde, inclusive daqueles relativos à participação social. O Estado passou a incorporar as discursividades do próprio movimento social. Assim como a VIII CNS foi um momento importante de atuação do movimento social, nela também o Estado alcançou propriedade sobre a saúde, passando a ser frequente a equalização dos discursos do Estado e do movimento social, sendo necessária atenção do observador acerca da origem do pronunciamento.

Tal coalizão de forças estabeleceu-se em momento importante para a história política do país: aquele prévio à elaboração da Constituição, quando se consolidaria uma contratualidade democrática. Tal momento também tinha a importância de indicar o cenário de forças no qual seriam votadas leis complementares. Ou seja, circulavam saberes oriundos dos discursos da democracia, dos movimentos populares, do declínio de ditaduras, das análises econômicas, do processo constituinte, entre outros. Contudo, a coalizão aludida não tinha o Estado como seu *locus* de concentração, mas apenas a sua terminalidade. Ou seja, esse conjunto de discursos e saberes localizava-se em contextos ainda mais amplos, sendo o Estado apenas o seu eixo equilibrante (FOUCAULT, 1992).

No entanto, de onde provinham outras forças concorrentes para o discurso da saúde ampliada no Brasil? Tratava-se de um momento de declínio da ditadura, quando o país se colocava em diálogos para a internacionalização de sua economia, sendo fortemente cobrado pelos índices de adoecimento apresentados nas últimas décadas. Na década de 1960, diante da Guerra Fria, que levou às ditaduras militares na América Latina, a saúde não foi parâmetro para gestão do país, faltou visibilidade de que a saúde das pessoas seria cobrada pela economia que se encontrava em plena escalada.<sup>85</sup>

---

<sup>85</sup> O próprio regime militar, haja vista as mazelas provocadas pelo seu projeto social, solicitou ao movimento sanitário indicativos de estratégias para o controle da situação de saúde do país (DA RÓS, 2006). Isso deixa claro que a gestão do sistema de saúde pode se dar desviada de indicativos técnicos, parametrizada por relações de poderes em esferas pouco tangíveis.

Nessa lógica de ser coadjuvante de um dispositivo maior, o da saúde ampliada, é que a promoção da saúde reunia condições para ser um discurso acessório e útil ao Estado para o seu exercício de papel equilibrador de tensões diante do “imperativo da saúde” (FOUCAULT, 1992). Tratava-se de um sistema de governo da saúde que deixou, nesses primeiros anos de uma saúde democrática, sujeitos em suspense, e a depender de forças econômicas que estavam se reorganizando. Esses sujeitos estavam, de um lado, entusiasmados diante de um movimento social, não existente antes na história do Brasil de modo tão amplamente organizado, mas por outro, encontravam-se diante de discursos imperativos de ser a saúde, responsabilidade do Estado, embora na prática isso consistisse num amortecedor para os impactos dos jogos de poderes no cenário social e internacional. A promoção da saúde, no interstício desse campo de tensões, era estratégica para encaminhar a ideia de saúde ampliada, invocada na VIII CNS, em face do cenário turbulento de críticas ao modelo de saúde que se fazia presente até então.

Trata-se de um momento da história do país em que o Estado, tal qual coloca Foucault (1999), se vê obrigado a desempenhar uma “guerra por outros meios” na política de saúde. Diante de uma clara relação entre doença e ausência do poder político, far-se-ia necessário um plano de intervenção no espaço público. Sobre tal campo de batalhas, esse plano já vinha se constituindo desde os anos de 1950 e dele fez parte um elevado grau de internacionalização da economia para o qual concorriam as condições de saúde da população do Brasil, onde a formação da OMS é exemplar (MACÊDO, 1997; LIMA, 2002).

A análise dos documentos da VIII CNS deixa claro o modo pelo qual o Estado cumpriria funções de equilibrador e, nessa mesma direção, o texto da Constituição de 1988 foi estabelecedor sobre quais superfícies o Estado poderia desempenhar seus papéis. Esses acontecimentos visavam potência das pessoas com fins econômicos, com desdobramentos para o modo de relação dos sujeitos com seus corpos e com a vida de maneira mais ampla. A análise empreendida deixa claro um encampamento da vida pelo Estado como um problema político. No entanto, tal análise comporta ainda a articulação de outras forças atuantes sobre os discursos e práticas da saúde, com decorrências para o que vinha se constituindo como promoção da saúde e para os sujeitos em questão.

Ainda que tivesse ocorrido um amplo processo de discussão sobre o alcance do conceito de saúde – na VIII CNS e no processo da Constituinte -, o SUS, que nascera na VIII CNS, e fora estabelecido na CF de 88, pode ser visto instalado em meio ao cerco de seus inimigos:

as práticas de saúde privadas. Estas, por sua vez, em meio a uma relação de forças econômicas, tiveram nas legislações subseqüentes acentuadas marcas do biopoder. Havia um cenário de discursos de mudanças no projeto de saúde do país, para o qual práticas que se aproximariam de práticas desviadas de doença, eram vislumbradas, quiçá conformando o que viria a ser o modelo de promoção da saúde no Brasil. No entanto, não foi isso o que ocorreu.

A VIII CNS foi realizada quando já se encontravam postas, pelo Banco Interamericano de Desenvolvimento (BIRD), direções claras para a busca de uma universalidade relativa da assistência. Ou seja, o BIRD propunha a redução da participação do Estado no financiamento dos serviços e outras formas de financiamento (co-pagamento ou seguro-saúde), o fortalecimento dos setores privados e a descentralização do sistema público. Tais proposições deram-se em meio à crise dos alcances da medicina, que teve na atenção primária a principal saída, aliada à possibilidade de ganhos financeiros com um setor que movimentava grandes quantias financeiras no mundo, sobretudo em países desenvolvidos e em desenvolvimento (CORREIA, 2005).

Nessa esteira, na década de 1990, mesmo em meio à recente promulgação da Carta Magna, que colocou a saúde como um direito universal, programas de saúde do Brasil e de outros países em igual condição econômica passaram a ser monitorados e também a ter financiamento direto do BIRD (LUZ, 2000). Isso fez com que países tivessem agenda racionalizada para a saúde e zelassem por condições mínimas de saúde da população pobre economicamente. Por outro lado, esses mesmos países deixaram ocorrer, ao largo, o promissor mercado de saúde. Da análise de legislações como as NOB e a NOAS, no tocante ao modo de gestão estabelecida e de financiamento, pode ser destacada, na primeira década pós-CF de 1988, a reafirmação de um modelo médico-hospitalar disciplinador, agora sob novas balizas do Estado.

A promoção da saúde pode ser vista, nesse processo, como parte do dispositivo da saúde ampliada. Nesse conjunto de discursos, a sociedade brasileira, em seu processo de democratização, pode ser vista envolta nas linhas objetivadoras desse dispositivo – que tem como estratégia a composição de discursos democráticos permeados pelas normas médicas e com fins econômicos. Ou seja, dispositivo enquanto elo de elementos heterogêneos, que envolve discursos, instituições, arranjos arquitetônicos, decisões, regulamentares, leis, medidas administrativas, mas também de uma formação, datada, com função de responder a uma urgência por meio de uma função estratégica dominante (FOUCAULT,



1992). A urgência aqui aludida pode ser compreendida como a de revisão de práticas diante da ruína nas políticas sociais do país herdadas do regime militar. E, ainda, como a urgência de o país responder à convocação para o tipo de relação econômica que vinha se estabelecendo em países latino-americanos.

Nessa relação de forças, o sujeito que submergia a tais discursos teria, antes de tudo, sua saúde parametrizada, em linhas gerais, pela sua funcionalidade e pelo acesso a serviços e medicamentos. No entanto, é preciso frisar que, diante dos princípios do SUS, de integralidade, equidade e universalidade, o sujeito em questão seria aquele, esquadrihado pelo biopoder, sendo que

o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir na maneira de viver, e no “como” da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém, sobretudo nesse nível, para aumentar a vida, para cortar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências (FOUCAULT, 1999, p. 295).

Os sistemas de informação que se desdobraram a partir da NOB 96 também permitem visibilidade sobre mais uma estratégia de movimentação do dispositivo da saúde ampliada e do que mais à frente, quando da maior propriedade do sistema, viria a ser denominado de Promoção da Saúde. Discursos relativos a riscos e adoecimento, que já se faziam presentes na década de 1970, difundiram-se na década de 2000, pela acumulação de saberes relativos à epidemiologia e às informações em saúde. A epidemiologia é convocada enquanto discurso para gestão das doenças, somando-se às disciplinas do poder médico, em face da gestão de riscos oriundos das estatísticas do adoecimento (AYRES, 2002; CAPONI, 2003; CAPONI, 2007).

O encontro das ciências da saúde com os avanços das tecnologias da informação trouxeram afirmação do modelo preventivo e o funcionamento de uma biopolítica das populações sob o estandarte da saúde. Tal encontro já era projetado na década de 1970, quando os discursos oficiais de vários países da América demarcaram a importância do ensino de Ciências Sociais no campo da saúde no “Plan Decenal de Salud para las Americas”, a fim de ampliar a compreensão dos aspectos

sociais na determinação das doenças (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973).<sup>86</sup>

Pode-se visualizar que a afirmação das Ciências Sociais em saúde, aliada aos avanços da estatística, inauguraram um esquadrinhamento das condições sociais. Refere-se aqui a um modelo internacional de saúde calcado nas Ciências Sociais e na Estatística, quando seria preciso “perfeccionar el sistema de estadísticas de salud y es imprescindible mejorar la calidad y cobertura de los datos” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 83). Os discursos oficiais referiam-se às estatísticas de nascimentos e adoecimentos, mas também a recursos institucionais e humanos em saúde, pois “la información acerca de las inversiones en salud y los análisis de costo-beneficio son, en su mayor parte, inobtenibles y deben ser estimulados” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 83).

O poder biopolítico nos dois últimos séculos teve como função intensificar, melhorar e produzir vida. Com ele, as disciplinas e as biopolíticas, conectadas, aplicadas a um corpo que se quer disciplinar, e a uma população que se quer regularizar, açambarcaram a unidade e o todo (FOUCAULT, 1999). A biopolítica, no modelo brasileiro de informações em saúde, pode ser vista alcançando aprimoramento nesse período, com a incorporação, sem precedentes, dos avanços da estatística, demografia, economia, geografia e todo o campo de subespecialidades possíveis às Ciências Humanas, a fim de regular a saúde da população, com vistas ao seu comportamento em direção à saúde de seu corpo coletivo.

No controle das informações, os discursos relativos ao poder médico fizeram-se presentes nos processos de objetivação dos sujeitos quando estes se relacionam com o que seja saúde. Por meio de tais prá-

---

<sup>86</sup> “Reiteramos nuestro apoyo a la reforma en la enseñanza de las ciencias de la salud que patrocinan la OPS [OPAS] y la OMS. Esa reforma se caracteriza por ser integral, en cuanto a unidad de objetivos para realizar, la salud como función biológica y social; multidisciplinaria, en el sentido que analiza los fenómenos normales y patológicos del individuo y de las comunidades con el aporte simultáneo y sistematizado de los principios y técnicas que explican su origen y concurren a la prevención o curación cuando así procede; multiprofesional, porque procura preparar y capacitar en la universidad en un proceso gradual en el que se coordinan las ciencias básicas, clínicas y sociales-a los profesionales y técnicos de salud” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 14).

ticas, pode ser vista uma reedição das antigas práticas de medicina social ou da polícia médica alemã do século XVII. E, ainda, no plano da análise do biopoder, pode ser afirmada a ideia de população, com vistas à saúde de seu corpo coletivo, preenchendo-se os vazios apolíticos das falhas do sistema disciplinar, por meio das normas em saúde (FARHY, 2007b).

Assim, se o processo de transformações do setor saúde brasileiro reeditou o poder médico, também acompanhou o processo de transformação que esse mesmo poder atravessou, com direcionamentos para o ambiente das pessoas, numa perspectiva de uma medicina urbana, por meio da colocação de normas de convivência (FOUCAULT, 1992). Desse modo, o processo das mudanças no setor saúde tem também a marca das biopolíticas, que açambarca o modelo médico no que esse tem de controle sobre o corpo, para fora do hospital, no ambiente mais geral de vida dos sujeitos. Na biopolítica, as normas passam a ser encaminhadoras das práticas, como dispositivos de governo, naturalizados e de difícil resistência por parte dos sujeitos e por meio de verdades cada vez mais totalizantes e abrangentes (DREYFUS; RABINOW, 1995; PRADO FILHO, 2010). Esse sistema de normas configurou também o que vinha sendo instalado como discurso de promoção da saúde, decorrendo aí também processos de objetivação.

Tais marcas da biopolítica, relativas ao controle estatístico e ao sistema de normas, podem ser vistas especificamente no texto constitucional, decorrente da lógica colocada pela seguridade social, da qual emanam as demais legislações. Na seguridade social, a população passa a ser problema político, e a ser considerada para além do que coube ao papel do Estado de outrora: o Estado da disciplinarização individual no nível do detalhe. Coletiva, a população é tomada em suas constantes, para as quais será necessário estabelecer uma regulamentação diante da aleatoriedade, ou, como aponta Foucault (1999, p. 293-294), será necessário ser diferente à disciplinarização das pessoas e

fixar um equilíbrio, manter uma média, estabelecer uma espécie de homeostase, assegurar compensações; em suma de instalar mecanismos de previdência em torno desse aleatório que inerente a uma população de seres vivos, de otimizar, se vocês preferirem, um Estado de vida: mecanismos como vocês vêem, como os disciplinares, destinados em suma a maximizar forças e a extraí-las,

mas que passa por caminhos inteiramente diferentes.

Os discursos da promoção da saúde, que emergiram em meio a uma crítica ao modelo de medicina preventiva, nessa época ainda não haviam encontrado seu delineamento. Todavia, na perspectiva epidemiológica, normativa e estatística, a promoção da saúde tem inviabilizada sua possibilidade de definição diferente das discursividades do modelo médico hospitalar. Sob a égide de uma biopolítica das populações parametrizada pela relação com a doença, a promoção da saúde tão somente se encontra com o que fora a última revisão crítica do poder médico – o preventivismo (FOUCAULT, 1992) -, um encontro que coloca a promoção da saúde como discurso de guarida a novas reedições da medicalização da sociedade (CARVALHO, 2004a; STOTZ; ARAÚJO, 2004; RABELLO, 2006; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007).

Na linha de se analisar as políticas de saúde desse período e a promoção da saúde, especificamente, como um dispositivo biopolítico, o modo com que foram instalados os discursos sobre a participação dão mais visibilidade relativa aos sujeitos em questão em meio ao poder biopolítico. Tais discursos mostram que os sujeitos passaram a ser objetivados como corresponsáveis pelos processos de saúde, sobretudo a partir da Lei nº 8142/90, que instala o controle social em saúde, cumprindo a diretriz constitucional de participação.

A mobilização ocorrida na VIII CNS não tem precedentes em outras áreas relativas às políticas públicas, como as da educação e segurança pública, por exemplo. Além disso, não se teve tão rápida organização do controle social em outras áreas das políticas públicas. Avelino (2011, p. 81), ao abordar a governamentalidade nos processos democráticos, traz à tona os seguintes questionamentos sobre os indivíduos na democracia: como “são transformados em sujeitos democráticos ativos e participativos? Por quais meios o indivíduo constitui a si mesmo como sujeito democrático? De que maneira a sujeição é tornada subjetividade participativa?”. Depreende-se dos questionamentos do autor, o motivo pelo qual, nas políticas a partir da CF de 88, passou a ser tão requisitada a participação de sujeitos.

Ferreira (1992, p. 159) indica que a participação em saúde surgiu adjetivada de “comunitária”, parecendo “suavizar a dureza dos enunciados sobre metas econômicas da ONU, OMS e OPAS, pela incorporação do que poderia chamar-se de um ‘modulador’ político dos programas”. Diante desse abrangente cenário, a presença das preocupações em saúde, calcadas em um modelo liberal intervencionista, requeria o

assentimento das pessoas acerca das políticas de saúde a elas direcionadas, quando reeducar era o objetivo principal, pois o advento da medicina tecnológica, que teve resistências contra seu domínio, é central para a mudança de um “discurso agressivamente científico e inibidor do processo comunicativo entre médicos e pacientes, [...] privilegiando a participação, o envolvimento ‘comunitário’, a integralidade das ações” (FERREIRA, 1992, p. 340). A participação, nessa perspectiva, parece ser requisitada com os mesmos objetivos de educação e promoção da saúde, tal qual já era anunciado, na década de 1970, no “Plano Decenal de Salud para las Américas”, quando tal assentimento passava também por um tipo de “processo civilizatório”,<sup>87</sup> para a contratualidade requerida nas políticas sociais em busca de equilíbrio das forças em questão. No caso brasileiro tal processo ainda tem mais paradoxos.

Nas instâncias políticas maiores - as conferências de saúde, ainda que com a exigência da presença de 50% de usuários nas conferências -, estão presentes os paradoxos do contexto liberal. Parafraseando Ferreira (1992), no chamamento para as conferências em um contexto liberal, a participação torna-se um constrangimento, pois se volta àquelas “fracassados”, necessitados da política pública de saúde, consistindo numa caridade de caráter equilibrante. Além disso, em um contexto de relações assimétricas entre proprietários e trabalhadores, no qual a participação não faz parte da regra, ela não alcança legitimidade.

Nessa equação de forças, o segmento de trabalhadores, envolto nas mesmas condições que os usuários, pode ser tomado pelo mesmo tipo de fracasso aludido, quando enfrenta, nas conferências, a avaliação dos serviços. Diante disso, a fim de mostrar competência técnica, entomam uma floresta de siglas e dados, o que só faz distanciar mais o usuário já constrangido. Os representantes dos estabelecimentos de saúde, por seu turno, têm nos espaços das conferências indicativos de como pode-

---

<sup>87</sup> “En los últimos años se ha intensificado un movimiento de participación de las comunidades que se han organizado para contribuir a la realización de los programas de salud. Históricamente su origen se remonta a costumbres - un verdadero sistema de trabajo de los aborígenes del Continente. En lo que se refiere a los problemas de salud y la promoción de esta, constituyen un marco que, en su más amplio concepto, servirá de sustrato educativo, de elemento movilizador de la conciencia ciudadana, para modificar actitudes y comportamientos y hacer de la salud no sólo un derecho sino una responsabilidad trascendente de la población, la cual no deberá conformarse con aceptar los programas, sino que deberá participar decididamente en estos para multiplicar los recursos de salud creados por ellos y para ellos” (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1973, p. 12).

rão melhor administrar sua “empresa de saúde” em face das batalhas que ali são travadas.

Abordando-se as possibilidades dos temas presentes nas conferências, a sua própria configuração, que tem seu primeiro nível de discussão nos Municípios, acabou por ter maior alcance das temáticas da atenção básica. Distanciadas, as instituições hospitalares e muitos serviços de média complexidade, nos quais não são tão difundidos ideários de participação, passam intactos aos questionamentos acerca desses serviços. Há, assim, grande distanciamento dos dialetos dos problemas hospitalares nas conferências, sobretudo em suas etapas municipais.

Sobre a participação nos conselhos de saúde, além do constrangimento já posto, ela se dá por meio de um processo de representação política, sendo uma tarefa que exige esforços. A eleição no segmento usuários requer a indicação de algum grupo de interesse, como o de aposentados, ou associados por patologias. Esse conjunto de condições relaciona a participação a uma representação que requer um investimento que pode se tornar inviável para um cidadão comum. Entidades sindicais também têm grande participação nesse espaço, mas nele apresentam o antagonismo de desenvolverem políticas institucionais cujo carro chefe é a negociação de planos de saúde (JUNQUEIRA, 2008), até mesmo porque há um enfraquecimento desse tipo de instituição no cenário liberal. Assim, a participação teve seu estabelecimento no cenário democrático brasileiro, envolta nos entraves no cenário neoliberal.

No tocante à participação no cotidiano dos serviços, ainda que o enunciado da NOB 96 direcione para a ocorrência de espaços participativos destinados aos usuários dos serviços, ela não alcança os serviços de média complexidade e hospitalares. Sobretudo entre as instituições hospitalares, são desconhecidas aquelas que possuam instâncias das quais os sujeitos possam participar cotidianamente. Além disso, muitos serviços hospitalares são de caráter privado ou filantrópico e prestam serviços por convênios, possuindo no máximo o desenvolvimento de serviços de ouvidoria, que, como indica Pereira (2002), se conduzem mais pelo envolvimento e disciplinamento dos usuários e dos trabalhadores em saúde dos hospitais. Outras instituições hospitalares, ainda que eminentemente públicas, por prerrogativas de eficiência na gestão, vêm adotando repasse de serviços para as Organizações Sociais de Interesse Público e cooperativas médicas. O acesso do controle social instituído pela Lei nº 8142/90 é inatingível para o cidadão comum que queira, diante de um hospital, debater seu direito à saúde. Tal inacessibilidade só faz intensificar nesses espaços o poder disciplinar por meio dos dis-

curso da medicina, alcançando processos de objetivação muito eficazes.

Assim, se a promoção da saúde requeria ter instalado o assentimento dos sujeitos ante a governamentalidade exercida sobre sua saúde, a condição de diálogo sobre parte desse sistema se encontra interrompida, com decorrências para a relação com as demais práticas por ele desenvolvidas. Diante disso, com relação à participação diante do cotidiano dos serviços prestados, resta saber das condições em que se deu participação da comunidade na atenção básica nos primeiros tempos de SUS, mas, antes, vejamos algo acerca das condições em que ela foi instalada.

A regulação do que foi designado SUS manteve uma centralidade financeira para as práticas hospitalares de cunho médico e desenvolveu os demais níveis de atenção de modo desqualificado, o que acabou por nutrir a hospitalização como finalidade do sistema. Dentre esses níveis, a atenção primária, por meio do PSF e do PACS, representaria a saúde ampliada, enfrentando as fragilidades da gestão das políticas sociais e econômicas, bem como os graves indicadores epidemiológicos e socioeconômicos.

Ainda que o PSF tivesse sido lançado oficialmente em 1997, combatendo a ideia de ser um programa para pobres, Correia (2005) mostra que, após a promulgação da CF de 1988, o BIRD rebate frontalmente os avanços da reforma sanitária. Fundamentando-se na proposta de custo/efetividade, essa agência internacional sugere a seletividade do acesso à saúde como proposta à quebra da universalidade, orientando a atenção primária para os pobres. Ou seja, sob o ingresso do Brasil em um cenário neoliberal no final da década de 1990, passaram a ter assento preocupações do BIRD com a atenção básica enquanto uma ação estatal na qual ocorram ações de saúde com custos reduzidos destinados às populações mais pobres (LUZ, 2000). A atenção básica, inicialmente conduzida por financiamentos internacionais de programas racionalizados, quando assumida pelo Estado, também foi instalada marginalmente no tocante às finanças.

No nível básico, o financiamento de ações tem uma série histórica de marginalização, o que só faz destacar os outros níveis de assistência como importantes (MENDES, 2011). Nesses termos, tornava-se inexequível a delegação, à atenção básica, de “responsabilidade longitudinal pelo paciente sem considerar a presença ou ausência de doença; e a integração de aspectos físicos, psicológicos e sociais de saúde aos limites da capacitação da equipe de saúde” (STARFIELD, 2002, p. 46), ou seja, um trabalho de complexidade até mesmo maior do que o hospita-

lar. Além disso, a atenção básica não conseguiu se instalar com a necessária alta densidade relacional, com menor custo de insumos, mas com grande custo operacional e de planejamento (FRANCO, 2006). Havia, sim, colocado para a atenção básica um conjunto de condições que só fazia dificultar sua efetivação como um dos níveis mais importantes do SUS. Disso decorreu também não poderem ali ocorrer práticas designadas de ampliadas e de promoção da saúde.

O acesso aos demais níveis de complexidade desenhados pela NOAS de 2001 manteve-se de acordo com a capacidade de compra de cada indivíduo. Sobre isso, Correia (2005) lembra o expressivo aumento do sistema de planos e seguros privados de saúde, quando, em 1998, 24,5% da população brasileira já estava coberta por plano ou seguro de saúde. Isso, em todas as instâncias, confrontava as conquistas da VIII CNS e levava a um esvaziamento político do que viria a ser o SUS.

Assim, os primeiros tempos da mudança no setor de saúde democrático no Brasil, nos quais se inclui a instalação da atenção básica, constituem reedição da sedimentação do poder político da medicina na sua passagem de um modelo individual para social no século XVIII (FOUCAULT, 1992; ROSEN, 1994). Certamente, com alguma atualização de espaços e terapêuticas, tais mudanças deram-se articuladas à esfera médico-preventiva de atenção, em que seriam definidas normas de comportamentos sob a égide “da saúde e do bem-estar físico da população em geral como um dos objetivos essenciais do poder político”, e “onde o retângulo pais-filhos deve se tornar uma espécie de homeostase da saúde” (FOUCAULT, 1992, p. 196 e 199).

Ainda que coexistindo com os discursos de um processo democrático, a atenção básica teve seu estabelecimento inicial com grande característica disciplinar. Ou seja, tal modelo foi instalado sob os efeitos dos conhecimentos da clínica. Por meio da medicina, foi possível a instalação de um poder médico a distribuir os indivíduos, isolá-los, individualizá-los, vigiá-los e também constatar o estado de saúde de cada um (FOUCAULT, 1992). O poder disciplinar, por meio de uma sedimentação do poder médico, foi proeminente nesse primeiro momento do processo de instalação do modelo de saúde brasileiro, pela afirmação do modelo hospitalar, e, ao mesmo tempo, pelo estabelecimento de serviços destinados à comunidade investidos pelo esquadramento, pela divisão, pela inspeção, pelos controles e registros dos fenômenos oriundos das disciplinas médicas.

Assim, a atenção básica, nos primeiros tempos de SUS, foi pausada por um financiamento que a desqualificou, um método de trabalho inibidor da comunicação entre equipe e pacientes, encaminhado pela



epidemiologia, e não pela demanda, e com ações agravadamente científicas. Diante disso, a condição do “participante” na atenção básica não teria sido inaugurada diferentemente daquela que ocorre nos setores hospitalares. Ainda que a atenção básica tenha alcançado já nesses primeiros anos de mudanças no setor saúde grande cobertura assistencial, essa abrangência não se deu envolta em práticas participativas. Nesses primeiros tempos de uma saúde democrática brasileira, na atenção básica, também ficam distantes as possibilidades de práticas de promoção da saúde nesses espaços.

## 5.2 DA BUSCA PELA INSTITUCIONALIZAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

No estudo do subarquivo anterior, quando foi iniciada a análise das condições de possibilidade da Política de Promoção da Saúde enquanto uma estratégia de saber e elemento direcionador do exercício do poder e subjetividade, identificou-se que a promoção da saúde se inscreve no bojo da instalação de um modelo de saúde democrático no país, aliando-se aos discursos de saúde ampliada, mas em meio a uma instalação de um modelo de saúde disciplinar e normativo. No presente texto, dando continuidade a tal empreendimento, será buscada a visibilidade acerca do processo de operacionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde nas ações de saúde do Estado brasileiro.

O interesse do Estado na promoção da saúde como uma política estratégica ganhou base concreta por meio do Programa das Nações Unidas (PNUD),<sup>88</sup> que, em 1998, financiara o projeto “Promoção da saúde: um novo modelo de atenção”, cujo objetivo era o de implementar a promoção da saúde no Brasil de acordo com os pressupostos da Carta de Otawa. O resultado desse projeto foi a designação do “Projeto Promoção da Saúde” pelo MS, que publicou, em 2002, uma coletânea de quatro documentos: “Política Nacional de Promoção da Saúde: um documento para discussão (PNPS para discussão)” (BRASIL, 2002 a), “As cartas da promoção da saúde” (Cartas da PS) (BRASIL, 2002b), “Cons-

---

<sup>88</sup> O projeto “Promoção da Saúde: um novo modelo de atenção” (Projeto BRA 98-006, uma cooperação com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento - PNUD), é reconhecidamente um esforço para a introdução formal do tema no debate da saúde no país. Teve sua formalização em 1998, com um prazo de cinco anos para a execução e com recursos da ordem de R\$ 38.200.000,00 (trinta e oito milhões e duzentos mil reais).

truindo vidas mais saudáveis” (BRASIL, 2002c) e “Vamos promover nossa saúde?” (BRASIL, 2002d).

Esse conjunto de documentos conferiu visibilidade ao que viria a ser definido como promoção da saúde no Brasil nos anos subsequentes. Ressalta-se que os documentos desse subarquivo não consistem em legislações, mas em publicações governamentais sobre a temática, visando sua implementação mais geral,<sup>89</sup> em publicações que coexistem com os documentos no subarquivo anterior, que foi constituído basicamente por legislações ainda vigentes.

Na análise desse subarquivo, procurou-se seguir as mesmas séries analíticas do arquivo precedente, quais sejam: a assunção pelo do Estado, a gestão em saúde e intersectorialidade, as condições de saúde e adoecimentos da população, o foco na informação em saúde, o desenvolvimento econômico, a participação social e a saúde como estratégia para democracia.

### **5.2.1. O Encampamento pelo Estado**

O documento “PNPS para discussão” apresenta as várias conferências internacionais sobre promoção da saúde ocorridas até então: a Conferência de Otawa, de 1986, a Conferência de Bogotá, de 1992, e a Conferência do México, de 2000. Trata-se de um texto avaliativo sobre a relação entre essas conferências e o cumprimento do papel do Estado. O documento pauta-se no arcabouço legal que fora construído nos últimos anos e no qual a CF de 1988 é central, indicando que,

a tarefa de pensar uma política de promoção da saúde no país e a definição de estratégias, está vinculada ao entendimento que este desenvolvimento conceitual e instrumental coincide com os desafios da sociedade humana moderna que passam por: recolocar o conceito amplo e positivo de saúde, como valor de vida, entendendo que a complexidade de seus determinantes e condicionantes apontam à superação dos interesses econômicos do desenvolvimento e a urgência de re-

---

<sup>89</sup> Fazem parte dos resultados desse projeto publicações como a Revista Promoção da Saúde, publicada entre os anos de 1999 e 2002 e a Revista de Hipertensão e Diabetes, publicada pelo MS nos anos de 2001 e 2002, bem como outros projetos como o “Projeto de Redução de morbimortalidade por acidentes de trânsito – mobilizando a sociedade e promovendo a saúde”.

fletir alternativas sociais, humanas e éticas desse mesmo desenvolvimento (BRASIL, 2002a, p. 27).

Os documentos desse subarquivo, em geral, esforçam-se em fazer considerações de que saúde requer uma visão ampliada. E, esse documento, especificamente, faz delegações, para o Estado, de superar a sua própria fragmentação nessa consideração. Indica necessidades de planejamento conjunto e coordenado, de discussão sobre recursos e poderes, de ampliação da compreensão de realidades, bem como da participação social e comunitária, com o aprofundamento da democratização das instituições e do Estado brasileiro, com vistas à autonomia das pessoas. Tais características, somadas a seu subtítulo (“um documento para discussão”), deixam explícito o fato de ser um momento de transição e de decisão sobre o modo como tal política seria adotada no país.

O texto do documento “Cartas da PS”, ao pensar os resultados de todas as conferências internacionais de saúde que tratam da temática, demonstra a atenção do Estado brasileiro em torno dessa política. Para tanto, faz uma análise do processo da inclusão das considerações do que venha a ser saúde. Nessa mesma linha, o texto do documento “Construindo vidas mais saudáveis” também coloca as cartas internacionais de saúde como diretrizes a serem perseguidas pelo Estado. Em linhas gerais, esses três primeiros documentos parecem tratar-se de reconsideração, pelo Estado, da estratégia apresentada pelas últimas conferências internacionais: a promoção da saúde.

Já o documento “Vamos promover nossa saúde?” é de caráter operacional, com um texto didático, destinado a educadores. Ele anuncia a possibilidade da popularização da promoção da saúde entre comunidades, por meio de práticas intersetoriais, e, no presente caso, sob responsabilidade do terceiro setor. Tal documento foi organizado em parceria com outro projeto intitulado, à época, de “Comunidade Solidária”,<sup>90</sup> o que deixa vislumbrada como possibilidade a promoção da saúde

---

<sup>90</sup> O Programa Alfabetização Solidária tinha como objetivo reduzir os índices de analfabetismo registrados no Brasil. Foi uma das linhas de ação do Programa Comunidade Solidária, que consistiu no avanço do terceiro setor, paralelo ao Estado, na condução de políticas sociais no Brasil e na América Latina. De acordo com Barreyro (2010, p. 180), “a Comunidade Solidária concentrou as atividades que culminaram na sanção da Lei 9790/99, que criou as Organizações da Sociedade Civil de Interesse Público – OSCIPs” e as ONGs, resultando na inclusão de instituições na prestação de serviços que até então eram realizadas pelo Estado.

em interlocução com outros setores para além daqueles relativos ao Estado.

### 5.2.2 Gestão em Saúde

Na qualidade de ser um documento para discussão, o documento “PS para discussão” não se concentra na busca de direções para os processos de gestão, a não ser indicando organização da assistência. Indica a atenção básica organizada em gestões plenas, com repasses fundo a fundo, sem recomendar o processo de desqualificação que esse nível de assistência enfrentava. Contudo, em uma nota de rodapé, remete aos indicativos da XI Conferência Nacional da Saúde, ocorrida no ano de 2000, que denunciava a preponderância de práticas hospitalocêntricas, especializadas e hegemônicas na assistência em saúde. Considera diretamente o discurso dos determinantes sociais oriundos da Carta de Ottawa como importantes de serem refletidos para a condição brasileira<sup>91</sup> e acresce a este o discurso dos riscos, que não se faz presente na Carta de Ottawa.

O texto do documento coloca-se numa assunção do próprio lugar do gestor em face dos problemas da saúde da época, pois esses

umentam nossa responsabilidade, enquanto gestores e profissionais do setor, frente ao enfrentamento dos determinantes sociais de nossos riscos, e a urgente necessidade de ampliar nossa esperança de vida saudável e evitar mortes prematuras e incapacidades (BRASIL, 2002a, p. 6).

A introdução desse documento deixa claro o objetivo de se buscar patamares para o estabelecimento da promoção da saúde correspondentes a Ottawa. Para tanto, a atenção primária é colocada no documento “PS para discussão” como uma estratégia de construção para o en-

---

<sup>91</sup> Relacionado a isso, em 2006 o Brasil instalou uma Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde, com o mesmo nome de uma comissão formada um ano antes pela Organização Mundial de Saúde. O objetivo dessa comissão seria o de estudar os determinantes sociais de saúde no país, além de como recomendar políticas que enfrentassem os problemas de saúde. Tal comissão fora formada por 16 pessoas, oriundas da área cultural, científica empresarial e artística (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007).

frentamento dos riscos e determinantes sociais, pois “essa estratégia política [atenção básica] tem o potencial de ruptura da lógica hegemônica do cuidado individual [...] e é concretamente um importante espaço para o desenvolvimento de ações de promoção da saúde” (BRASIL, 2002a, p. 10). Nessa mesma linha, o documento “Cartas da PS” ao apensar a Carta de Ottawa e demais conferências internacionais subsequentes, não apenas busca correspondência com Ottawa, mas indica seus direcionamentos como alvo de análise para o Brasil.

Como já anunciado antes, o documento “Construindo vidas mais saudáveis” tem caráter mais prescritivo. Centrado na atividade física e alimentação como elementos importantes para a consecução da saúde das pessoas, sobre gestão indica que experiências internacionais mostram que “o sucesso da promoção da atividade física está no estabelecimento de parcerias entre o governo, organizações não-governamentais e setores da sociedade civil local” (BRASIL, 2002c, p. 7). Ou seja, dá direções acerca de que tais práticas podem ser desenvolvidas pelas gestões na perspectiva da intersectorialidade. Por outro lado, anuncia o tamanho do problema relacionado à integração intersectorial quando a atividade física não dependeria apenas da vontade dos sujeitos, quando espaços urbanos desfavoráveis, envoltos nos problemas de trânsito e violência, deverão levar à busca de ambientes favoráveis. O ambiente favorável com uma condição de dever ser destinado à intersectorialidade traz mais uma vez a evidência de se ter cumprido os direcionamentos internacionais, de Ottawa, quando são necessárias “políticas públicas e o apoio dos governos locais” (BRASIL, 2002c, p. 7).

O discurso de cidades saudáveis indicado pelo modelo canadense, e que passou a fazer parte da Carta de Ottawa, em 1986, também pode ser visto aqui considerado. Contudo, parece o documento ter minimizado a abrangência do que fora considerado como cidades saudáveis e não ter enfrentado *in totum* a abrangência de Ottawa, que inclui, entre as condições para um ambiente favorável, e consequentemente para a promoção da saúde, a ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais, a reorientação dos serviços de saúde, um projeto de futuro, a relação internacional e tantas outras condições.

No tocante à gestão de saúde, o documento “Vamos promover nossa saúde?” busca, de modo direto, a sua aplicabilidade diante do objetivo de capacitar professores para a discussão sobre a promoção da saúde.

### 5.2.3 Condições de Saúde e Adoecimentos da População

O documento “PS para discussão” traz enunciados que se relacionam à situação epidemiológica pela qual passava o país, bem como às limitações da ciência médica em alcançar soluções para tais problemas. Ainda que desde a década anterior tivesse sido iniciada uma organização dos dados em saúde, bem como a assistência em saúde ter ganhado contornos diferenciados com relação à cobertura, o Brasil, embrenhado no debate internacional, passava a se ver identificado com situações de risco. O documento “PS para discussão” indica esse cenário:

o aumento da morbimortalidade por causas externas que tem atingido, principalmente, jovens e a população em idade produtiva [...] se configuram questões atuais de saúde da população para as quais o instrumental científico-tecnológico, por si só, não é suficiente para respondê-las, dada a sua complexidade. Questões significativas e que desafiam a se pensar saúde sob a ótica do desenvolvimento e da condição humana. Mas ainda no Brasil onde as desigualdades sociais tão profundas se refletem claramente na distribuição dos riscos (BRASIL, 2002a, p. 8).

A despeito da determinação genética e biológica, a ideia de risco, presente no documento, é relacionada ao modo de viver isolado das pessoas na vida moderna. Os temas do sedentarismo, alimentação não saudável e uso de drogas fazem parte das preocupações do documento, o qual se direciona para o “frenesi da vida cotidiana, a competitividade, o isolamento do homem nas cidades são condicionantes diretamente relacionados à produção das ditas doenças modernas”. Essas condições são relacionadas à “desesperança que habita o cotidiano das populações mais pobres e que também está relacionada com os riscos dessas enfermidades” (BRASIL, 2002a, p. 8).

A questão era a de se saber qual papel viria ter a promoção de saúde no Brasil, diante do conjunto de problemas indicado e, nesse sentido, o documento “Cartas da PS” faz um percurso avaliativo de como se ter consideradas as condições sociais relacionadamente à saúde. Para tanto, em sua apresentação, indica caminhos metodológicos a serem perseguidos pelo Estado brasileiro na consideração das condições soci-

ais pela promoção da saúde enquanto uma estratégia importante. Indica, para tanto, a saída encontrada pelo Estado canadense, que combina

modelo de promoção da saúde com o de saúde populacional, numa política tridimensional que integra os determinantes da saúde com os vários níveis de população (do indivíduo à sociedade) e as cinco estratégias da Carta de Ottawa (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais e reorientação do sistema de saúde) (BRASIL, 2002b, p. 7).

A ideia de Ottawa, fruto da revisão canadense de 1984 sobre o caráter comportamental contido no que fora considerado estilo de vida no Relatório La Londe, e que é apensada ao documento “Cartas da PS”, ao que parece, não encontrará grande ressonância. A Carta de Ottawa não só apresenta cinco grandes estratégias que, a um só tempo, envolvem um projeto de Estado, o que não é dimensionado para o caso brasileiro no texto do documento, mas que são pré-requisitos para a saúde, a paz, a habitação, a educação, a alimentação, a renda, o ecossistema estável, os recursos sustentáveis, a justiça social e a equidade. Assim, como já fora indicado, tal documento apenas coloca balizas para a discussão do que viria a ser promoção de saúde no Brasil.

Por outro lado, quiçá o documento “Construção de vidas mais saudáveis”\_indique qual a compreensão naquele momento acerca dessas cinco estratégias. Vejamos: sob a égide de dados populacionais que indicavam que “mais de 60% dos adultos que vivem em áreas urbanas não estão envolvidos em um nível adequado de atividade física” (BRASIL, 2002c, p. 7), esse documento assume prescrições sobre o que pode vir a ser, objetivamente, o cenário de políticas públicas de promoção da saúde no país. Em face das condições de saúde e adoecimento da população, a defesa de hábitos saudáveis, como exercícios físicos e alimentação, são indicados como “forte barreira à adoção de um posicionamento mais positivo com relação às possibilidades de viver melhor com saúde” (BRASIL, 2002 c, p. 5). E, na linha da prescrição, o documento indica exemplos de vida saudável como “a prática da atividade física regular na maior parte dos dias (se possível, todos), de intensidade moderada (ou leve), pelo menos durante 30 minutos – que podem ser divididos em sessões de 10 minutos” (BRASIL, 2003 c, p. 6). A alimentação saudável, aliada à ideia de que o sujeito é um consumidor, ganha ênfase nesse

documento como importante no processo de adoecer e morrer no Brasil, devendo ser garantidas informações necessárias, rotulagem dos produtos, bem como a regulação da propaganda.

Para além de indicar o discurso das doenças crônicas não transmissíveis, e ainda de ser destoante das considerações mais amplas e avaliativas que detêm os enunciados dos documentos anteriores, o documento “Construção de vidas mais saudáveis” permite ressaltar a diferença de objetivos entre os documentos pertencentes ao “Projeto Promoção da Saúde” do MS à época. É nessa perspectiva que se assinala que, se por um lado, se tratava da tentativa de se institucionalizar a promoção da saúde como uma importante estratégia depois das mudanças do setor saúde, pós-CF de 88, por outro, parecia ainda indefinida qual a direção que essa estratégia tomaria na política de Estado do Brasil. Já o documento “Vamos promover nossa saúde?” – destinado a professores -, com objetivo de iniciação popular aos discursos da promoção da saúde e que foi elaborado em parceria com o programa Comunidade Solidária, só faz reforçar a assertiva de que ainda estava por ser construído o “destino” do que vira a ser a promoção da saúde no cenário do governo brasileiro.

#### **5.2.4 O Desenvolvimento Econômico**

O documento “PS para discussão” traz para o debate o cenário de riscos no mundo moderno a partir do “Informe sobre a Saúde no Mundo”, da OMS, de 2000, indicando ser necessária uma conjugação de desenvolvimento econômico, social e humano. Nessa perspectiva, o documento analisa países periféricos e semiperiféricos, sustentando o discurso da igualdade, da lógica ecológica e emancipatória. O documento expressa as condições do setor saúde relacionadas à concretude das condições em que vivem as pessoas fora do circuito de desenvolvimento. Relacionado a isso, o texto do documento coloca-se crítico a uma dicotomia entre o social e o econômico. Indica que o Estado brasileiro não pode no “mercado global monopolista, se apresentar setorializado e fragmentado em suas ações” (BRASIL, 2002 a, p. 6), dicotomizando o social do econômico. A razão de ser de tais direcionamentos apresentados no documento se dá, tendo em vista que,

apesar de avançado em seus princípios orientadores, o Sistema Único de Saúde ainda guarda, em seu modelo de atenção, uma perspectiva fortemente pautada nos fundamentos da biomedicina, o



que dificultará a longo prazo, sua sustentabilidade, tanto do ponto de vista financeiro quanto do potencial de reverter as tendências epidemiológicas dos graves problemas de saúde do país. Neste sentido, a promoção da saúde se apresenta como uma possibilidade concreta de mudança na agenda da saúde tanto para fortalecer quanto para fundamentar a sua consolidação (BRASIL, 2002a, p. 9-10).

Nos demais documentos, a racionalidade econômica não aparece enquanto diretriz, a não ser de um modo inusitado no documento “A construção de vidas mais saudáveis”. O texto inicia lembrando saúde não apenas como ausência de doença, mas como relativa a valor econômico atribuído à vida. Sob a égide do que parece ser uma descoberta das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), tal texto indica que países desenvolvidos sentem a “perda de qualidade de vida, internações, sequelas definitivas e mortes devidas às DCNT” (BRASIL, 2002c, p. 10), oriundas do estilo de vida moderno. Tais efeitos são determinantes para as DCNT, como a hipertensão e diabetes, que são relacionados a prejuízos aos sistemas públicos de previdência e para o indivíduo, quando, a cada ano, mais de dois milhões de pessoas morrem no mundo devido a tabagismo, álcool e outras drogas. Cifras dão força à argumentação, indicando que, no SUS, “as doenças cardiovasculares são responsáveis por 1.150.000 internações/ano, com um custo aproximado de R\$ 475 milhões” (BRASIL, 2002c, p. 6). Paralelamente a essa argumentação, o texto do documento indica prescrições como a de que “com a adoção de uma alimentação saudável, aliada à prática de atividade física regular, estaremos, certamente, contribuindo para importantes mudanças em nossas vidas” (BRASIL, 2002c, p. 13).

Abstendo-se de fazer uma análise mais abrangente acerca da convivência dos países ricos com as DCNT, o texto “A construção de vidas mais saudáveis”, de caráter prescritivo, parece ter como objetivo tão somente a normalização e produção de um novo discurso.

### **5.2.5 A Participação Social**

No documento “PS para discussão”, a ideia de participação aparece sob o argumento de que deva ocorrer a “defesa da saúde em todas as suas dimensões, através do diálogo abrangente e efetivo com a sociedade, com seus setores produtivos, com suas organizações comunitárias e com seus meios de comunicação para um pacto pela saúde” (BRASIL,

2002a, p. 5). E, ainda, sob o argumento de que a defesa da saúde “se insere neste processo dialógico de teoria/prática, refletir/agir para a construção de uma política nacional de promoção da saúde que amplie nossa capacidade de gestão, atenção e parcerias, pautadas por um compromisso ético em defesa da vida” (BRASIL, 2002a, p. 5).

A ideia de Pacto pela Saúde – em defesa da vida -, que, mais adiante, em 2006, conduziu a gestão da política oficial de saúde do país, e na qual se inseriu a promoção da saúde, já tem aqui anunciados os seus elementos discursivos. Contudo, digno de nota é que, por se tratar de um documento para a discussão, mais uma vez seu texto contém posições tenazes para o Estado no sentido de alcançar equalização das diferenças em face do processo econômico.

Relacionada à participação, pode ser vista a presença do discurso de Ottawa acerca do poder local e da qualidade de vida. O primeiro será visto na execução das políticas como empoderamento ou *empowerment*, um acessório ao estabelecimento da participação, e, o segundo, como objetivo das intervenções em saúde. De acordo com o documento, a promoção da saúde

como campo conceitual, metodológico e instrumental ainda em desenvolvimento, traz, em seus pilares e estratégias, potenciais de abordagem dos problemas de saúde: assume a saúde em seu conceito amplo, pauta a discussão sobre qualidade de vida, pressupõe que a solução dos problemas está no potencial de contar com parceiros e a mobilização da sociedade. Trabalha com o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades, reforça o planejamento e poder local (BRASIL, 2002a, p. 11).

É relacionada a essa ideia de poder local que, no documento “Cartas da PS”, a participação, presente no texto de Alma Ata, também é relacionada à revisão que sofrera na Conferência de Ottawa, tendo em vista a individualização com que a promoção da saúde fora tomada na década de 80. Revisitada, tal crítica dá lugar à admissão da consideração social e ao mesmo tempo da necessidade da descentralização do poder, direcionando-o às comunidades locais. Assim, participação é atrelada a enunciados apresentados na Carta de Ottawa, como a “abordagem inter-setorial, a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde e a uma melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e equidade” (BRASIL, 2002b, p. 14). E,

de outro modo, nesse documento, a participação aparece como imanente à promoção da saúde, sendo esta “o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo” (BRASIL, 2002b, p. 11).

Os documentos analisados parecem descompromissados na indicação da metodologia para a ocorrência da participação e não fazem maiores relações com os componentes da participação presentes no texto de Ottawa. Além disso, não avaliam o controle social já instalado, e em pleno funcionamento, nas ações do Estado. Os documentos incidem tão somente no exercício de discursos, e aqui, notadamente, mais uma vez, em um exercício de afirmação de discursos provenientes da Conferência de Ottawa. Nesse mesmo sentido, no documento “Construindo vidas mais saudáveis”, a participação é assim indicada: “adotar hábitos de vida saudáveis é contribuir para o estabelecimento de relações mais solidárias, é participar da criação de políticas públicas que incidam positivamente na saúde de todos. Sobretudo, é ser capaz de Lidar com o mundo de forma positiva” (BRASIL, 2002c, p. 13). Contudo, no documento “Vamos promover nossa saúde?”, a ideia de participação, sem maiores considerações de suas bases, é nomeada como fundamento para a promoção da saúde, como o exercício da diferença entre os sujeitos, devendo ser exercitada em diversos locais, como nos conselhos de saúde, de cidadania e da criança e do adolescente.

### **5.2.6 Saúde como Estratégia para a Democracia**

O documento “PS para discussão” reedita a relação estabelecida entre saúde e democracia, oriunda da reforma sanitária e da reforma do Estado, quando se alcançou a descentralização da gestão e a participação por meio do controle social. Tal documento afirma o caráter público do sistema garantido pela CF de 88, que possibilitou ao SUS escrever “num processo de aprofundamento do debate em torno da saúde, sua contribuição para o desenvolvimento da cidadania da nação brasileira” (BRASIL, 2002a, p. 6). Nessa mesma perspectiva, em outro trecho, há a indicação de que

uma política de promoção da saúde deve contribuir para o aprofundamento das promessas da reforma sanitária brasileira. Promessas que além da construção do SUS apontam para a transformação

das práticas sanitárias com a superação da baixa cobertura em direção a universalização, busca da equidade, a integralidade do cuidado e respeito a cidadania. Promessas também que se comprometem com a democratização da saúde, da sociedade, do Estado e das Instituições (BRASIL, 2002a, p. 10-11).

O texto do documento “PS para discussão” indica ainda a consonância do modelo brasileiro à 51ª Assembléia Mundial da Saúde, ocorrida em 2000, na qual fora firmado o compromisso da saúde “ser um direito fundamental dos seres humanos e enfatiza a relação entre saúde e os preceitos éticos de equidade, solidariedade e justiça social”, sendo compromisso dos países “abordar os determinantes básicos e os pré-requisitos para a saúde e reconheceram que a saúde é fruto de um trabalho interdependente de todas as nações, comunidades, famílias e indivíduos” (BRASIL, 2002a, p. 12). Por outro lado, o mesmo documento indica a presença de um Estado brasileiro de cunho ainda muito autoritário, e que só muito recentemente tem conseguido equalizar ações sociais com as econômicas.

De caráter mais avaliativo, prescritivo, educativo, os demais documentos “Cartas da PS”, “A construção de vidas mais saudáveis” e “Vamos promover nossa saúde?”, não adentram nas relações entre saúde e democracia. Neles, a ideia de participação, ainda que de modos diferentes, é o discurso adotado para tangenciar a democracia, por meio do envolvimento dos sujeitos no processo de saúde que se quer colocar em debate.

### **5.2.7 Da Formação de um Dispositivo de Promoção da Saúde no Brasil**

A análise dos documentos desse segundo subarquivo tratou de identificar uma etapa importante no processo de definição da promoção da saúde no Brasil como uma política mais geral. Ou seja, a análise dos documentos permite conferir visibilidade ao modo com que a promoção da saúde foi investida como discurso após a acomodação das práticas de saúde estabelecidas na década anterior. Além disso, a análise do campo de tensões mais abrangentes relativa à produção dos documentos analisados permitiu também compreender de que maneira os discursos da promoção da saúde foram investidos como um dispositivo, alcançando objetivação dos sujeitos em questão.

Sob a argumentação de que “a inclusão legal da promoção da saúde no sistema de saúde brasileiro não garantiu a sua institucionalização nem a reorientação do modelo de gestão e atenção de modo a reduzir a excessiva fragmentação das ações e políticas de saúde” (CASTRO, 2005), a cooperação do PNUD impôs-se como saída para a “preocupação em responder mais integralmente às necessidades em saúde”. Isto levou o Ministério da Saúde (MS) a ampliar as discussões acerca da promoção da saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde (SPS).

O projeto do PNUD - BRA 98/006 -, que foi intitulado de “Promoção da saúde: um novo modelo de atenção”, permite compreender o encaminhamento para a preocupação referida. O texto do projeto, referindo-se à NOB 96, indicava que, ainda que esta norma influenciasse de maneira decisiva no modelo de atenção, tal influência, isoladamente, não seria suficiente, pois dependia de mudanças no modelo de atenção praticado no país, sendo necessário o “desencadeamento de um processo extremamente amplo e complexo, que transcende o setor saúde, envolvendo vários outros setores e a população em geral, tanto na sua dimensão individual quanto coletiva” (PNUD, 1998, p. 5). O modelo da promoção da saúde foi o foco de discussão desse projeto, com vistas a uma política pública estratégica, sendo o objetivo do projeto do PNUD o de

implementar e consolidar a promoção da saúde no Brasil, a partir da operacionalização dos cinco pressupostos básicos, identificados em 1986, na Carta de Ottawa, durante a primeira Conferência Internacional sobre o tema, a saber: elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis; criação de ambientes favoráveis à saúde; participação comunitária; desenvolvimento de habilidades pessoais; e reorientação dos sistemas e serviços de saúde (PNUD, 1998, p. 6).<sup>92</sup>

---

<sup>92</sup> O projeto do PNUD “Promoção da saúde: um novo modelo de atenção” (BRA 98/006) consistiu em um planejamento estratégico de instalação da promoção da saúde no país, buscando a perspectiva indicada pela Conferência de Ottawa. Isso é visível no texto do projeto, que abrange 17 objetivos gerais, com correspondentes resultados esperados e atividades a serem implementadas para nove temáticas (formulação e implementação da política de promoção da saúde, políticas públicas, entornos e ambientes saudáveis, estilos de vida, municípios saudáveis, participação da sociedade, reorganização dos programas de saúde,

Diante de uma reconfiguração de forças, o Estado assumiu interlocução direta com os organismos internacionais. E, ainda que o projeto do PNUD tivesse como uma de suas vertentes a participação da sociedade, sua execução, pelo Estado, envolveu além dos organismos internacionais, encaminhados por Ottawa, a incidência de outras forças, que levaram a uma formatação final do que viria a se constituir como promoção da saúde. No entanto, que forças seriam essas? A força de um saber médico que suplantou os indicativos que colocara a Conferência de Ottawa, sobretudo relacionado à sua abrangência e ao envolvimento da sociedade requerido por essa conferência.

Conforme Terris (1992), as proposições da Carta de Ottawa reeditaram as bases já colocadas por antecessores intelectuais do que já poderia ser a promoção da saúde, como Rudolf Virchow e Henry Sigerist a compreenderam. Elas foram além das abordagens tradicionais sobre estratégias de saúde. Nelas, a promoção da saúde deveria combinar abordagens diversas, complementares, incluindo legislações, medidas fiscais, mudanças organizacionais e de tributação. Ou, como indicado no próprio texto da Carta de Ottawa,

os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não-governamentais, autoridades locais, indústria e mídia.<sup>93</sup>

Contudo, Castro (2005) indica que, entre 1999 e 2002, uma série de dificuldades implicou “num modo fragmentado de operação do Projeto [do PNUD] e, ao mesmo tempo, adiou a pactuação e a implementação de uma PNPS”. De acordo com a autora, ainda, as dificuldades se davam ao

---

reorientação dos sistemas de saúde, núcleo de coordenação), que, em seu conjunto, guardavam correspondência com os direcionamentos daquela conferência sobre promoção da saúde (PNUD, 1998).

<sup>93</sup> O texto da Carta de Ottawa pode ser encontrado na íntegra em: <<http://www.opas.org.br/promocao/upload/Arq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 2 mar. 2009.

articular as tensões entre os paradigmas biomédico e promotor da saúde, as diferentes concepções teórico-conceituais do campo promocional, as diversas iniciativas e ações vinculadas à promoção em rede, e a perspectiva da promoção da saúde ao SUS (CASTRO, 2005).<sup>94</sup>

Tal dificuldade levou à extinção da SPS, passando à Secretaria Executiva (SE) do MS a gestão da política de promoção da saúde. A continuidade dos trabalhos em torno da política se deu por meio de eventos no campo da promoção da saúde, mapeamento de experiências em curso no país, oficinas de trabalho para o debate e construção da política junto às instituições de ensino, pesquisa e gestores da saúde, o que culminou na constituição de um grupo redator da política, formado pelo MS, OPAS, Conselho Nacional dos Secretários Estaduais e Municipais de Saúde (CONASEMS) e gestores municipais com experiências em promoção da saúde (CASTRO, 2005).

As dificuldades do país em encaminhar a política se deram ainda quando, de acordo com Castro (2005), no final do ano de 2004, com novas mudanças na gestão do MS, e sob o argumento de que a promoção da saúde deveria ter planejamento transversal, esta foi direcionada para a Coordenação Geral de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (CGDANT), na Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), cujo objetivo passou a ser o de estruturar a vigilância, o controle e a prevenção de doenças e agravos não transmissíveis e coordenar a Política Nacional de Promoção da Saúde. Dentre as tarefas relativas à promoção da saúde, coube à CGDANT a coordenação de um Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, com a atribuição de consolidar a proposta dessa política, coordenar sua implantação, construir a agenda nacional, coordenar e articular setores governamentais e nãogovernamentais, incentivar Estados e Municípios à elaboração de seus planos, articular e integrar ações de promoção da saúde no SUS e monitorar e avaliar estratégias de implementação de promoção da saúde e do seu impacto.<sup>95</sup> Como resultado dessa transversalização, em 2005, o MS, por meio da CGDANT, realizou o “Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde” (BRASIL,

---

<sup>94</sup> UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. **Boletim da subregião Brasil**. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/>>. Acesso em: 20 out. 2009.

<sup>95</sup> Portaria nº 1190, de 14 de julho de 2005, que Institui Comitê Gestor da Política Nacional de Promoção da Saúde, e dá outras providências.

2006d).<sup>96</sup> Nesse evento, a promoção da saúde foi um capítulo dos debates ali ocorridos, o que serviu de base para o texto da Política Nacional de Promoção da Saúde que ainda se encontrava em elaboração.

Ressalta-se que os cenários brasileiros e latino-americanos, como mostram os documentos, apresentavam um tipo de guerra contra quadros epidemiológicos e graves problemas do setor saúde no país. Ao mesmo tempo, faziam-se presentes críticas à inoperância do modelo hospitalar, realizado dentro do hospital e fora dele nos demais níveis de atenção em saúde. Diante disso, a promoção da saúde precisaria ganhar força no dispositivo para fazer movimentar uma agenda de saúde correspondente ao modelo econômico que o Estado vinha adotando e, em um período em que se colocava possível o estabelecimento de sua economia em bases neoliberais após duas décadas perdidas, como diz Luz (2000), após a reorganização das mazelas conseguidas com o período ditatorial.

Contudo, ainda que o “Projeto Promoção da Saúde”, por meio do projeto do PNUD, tivesse como objetivo a efetivação dos direcionamentos de Ottawa, o conjunto dos documentos permite ver não apenas uma dispersão do projeto em seu conjunto, mas dificuldades do Estado brasileiro de contemplar o que queriam os encaminhamentos de Ottawa: um amplo projeto de sociedade em um momento de instalação de forças neoliberais no contexto internacional, para o qual seria condição *sine qua non* a promoção da saúde dos sujeitos em questão. Em uma direção contrária, ainda que se mantivesse a promoção da saúde como um dispositivo estratégico, a incidência de linhas de força articuladas em torno do saber médico o conduziram para a priorização de práticas orbitantes em torno dos adoecimentos, circunscritas à vigilância em saúde. Assim, como indica Luz (2000), com a entrada no modelo neoliberal de economia, que resultou em um desmonte de políticas sociais, no caso da saúde, o modelo, que ainda estava por se constituir, ganha um retrocesso em sua lógica.

A análise da promoção da saúde como dispositivo deixa entrever o poder biopolítico, analisado no arquivo anterior, ganhando aqui algumas especificidades como uma ação de governamentalidade. Na colocação de vários pontos para discussão, no tocante ao que viria a se

---

<sup>96</sup> BRASIL. Ministério da Saúde. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/anais\\_doencas\\_agravos.pdf](http://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/anais_doencas_agravos.pdf)>. Acesso em: 12 jun. 2011.



constituir como o projeto de promoção de saúde, o Estado pode ser visto diminuído em sua concentração de forças. Ou, em uma perspectiva de que “nada mais é que o efeito, o perfil, o recorte móvel de uma perpétua estatização, ou de perpétuas estatizações, de transações incessantes que modificam, que deslocam, que subvertem” (FOUCAULT, 2008c, p. 106). Decorrente disso é a relação do Estado com a sociedade volátil, quando há de se ter recusa a explicações estruturalistas e monocausais de sociedade (SORJ, 2000).

Nessa direção, em tempos de neoliberalismo, não se trata mais de um Estado regulador da esfera econômica, mas regulado pelo mercado, em que, “o princípio regulador não é tanto a troca de mercadorias quanto os mecanismos de concorrência” (FOUCAULT, 2008c, p. 201). Não sendo o mercado um elemento centralizador, trata-se então de uma sociedade empresarial, na qual o “*o homo economicus* que se quer reconstituir não é o homem da troca, não é o homem consumidor, é o homem da empresa e da produção” (FOUCAULT, 2008, p. 201). Passaria a importar também nesse modo de produção de um homem econômico o controle de sua saúde na perspectiva de se distanciar do adoecimento ou afirmá-la.

Nesse momento, que era o de definição do que viria a se constituir como uma política de promoção da saúde, especificamente na colocação dessa política sob a coordenação da CGDANT, podem ser vistos objetivos de uma otimização da população, investida enquanto um capital humano, por meio do princípio unificador, biológico e natural, diante do que também ocorreram níveis apertados de uma gestão de riscos, para a saúde como um todo. Tal opção das políticas sociais brasileiras, especificamente aquelas de saúde, como indicado no subarquivo anterior, mas agora sob a égide do risco do adoecimento, indica o acirramento do dispositivo emergencial movido por objetivos econômicos.

Outra especificidade da governamentalidade aludida, e que pode ser observada por meio desse conjunto de documentos que conduzem o projeto de promoção da saúde, é o encontro da política de saúde brasileira mais geral, e especificamente a de promoção da saúde, com a ampliação da biopolítica para a ideia de segurança. No tocante à colocação da promoção da saúde como estratégica nessa ação governamental, no caso brasileiro, as políticas sociais, voltadas para a economia neoliberal, passam a ter a segurança da população como foco, em que a saúde da população ganha relevância no jogo econômico, contudo sob a lógica do risco, aquele que não apareceu entre os direcionamentos colocados por Ottawa.

Assim como para Foucault (2008b) a segurança é um tipo de avanço dos pressupostos da biopolítica na gestão das populações, a segurança destas é um tipo de pacto proposto à população diante dos perigos. Fazem parte da liberalização dos sujeitos da soberania do Estado os procedimentos de segurança. As políticas de saúde que se depreendem desse conjunto de documentos são aquelas de envolvimento dos sujeitos por parte do Estado, por meio de suas práticas de governamentalidade, as quais envolvem a produção de um sujeito sob a égide do “vive-se perigosamente”.

Nessa perspectiva, a saúde da população será condicionante para a economia das relações de mercado, deixando de ter as políticas sociais centradas apenas nas ações de Estado, bem como essas passam a se distanciar de um exaustivo desenho disciplinar. As normas estavam colocadas a todos, sob a ideia de sempre estarem vigilantes ao risco de adoecer, como um pacto de segurança. Tal ideia de risco à saúde encontra assento em outros setores da sociedade nessa mesma perspectiva, tal qual indicado por Deleuze (1992). Nesse grande cenário de riscos, a objetivação de sujeitos no caso da saúde passa a se dar por meio do perigo relativo ao corpo, no qual se tem como elemento discursivo o de promoção da saúde para fugir dos perigos.

A objetivação dos sujeitos voltados para a economia e como empresários de si mesmos, produzidos também sob as ameaças de perigos e riscos de adoecimento, permite articular aqui outra impossibilidade de cumprimento da Carta de Otawa. Nos direcionamentos dessa Conferência, além de a promoção de saúde requerer um projeto de sociedade, como já fora indicado, também a participação era considerada motor no planejamento de mudanças que se quisesse implementar. Contudo, não foi o que ocorreu no caso brasileiro.

No afã de colocar em prática direcionamentos internacionais para o sistema de saúde brasileiro, os documentos relativos ao “Projeto Promoção da Saúde”, mostram que a execução do projeto se deu à margem de debates mais amplos sobre a temática, inclusive do efetivo chamamento do controle social já instalado. Tais documentos fazem referência à participação social, mas não alcançaram aqueles que também seriam os interessados nesse encaminhamento – os sujeitos.<sup>97</sup> Assim, há

---

<sup>97</sup> No período em que ocorreu o “Projeto Promoção da Saúde”, foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde, em 2000 e em 2003. Essas tiveram, respectivamente, como temas: “Efetivando o SUS: acesso, qualidade e humanização na atenção à saúde com controle social” e “Saúde: um direito de todo e um dever do Estado: a saúde que temos, o SUS que queremos”. Digno de nota é

de se considerar que a Promoção da Saúde - discurso aliado ao de saúde ampliada, que teve na primeira década após a VIII CNS os movimentos sociais como forças importantes, teve também um arrefecimento, com decorrências para a objetivação dos sujeitos em questão em torno do que seja a sua saúde.

Quando na Carta de Ottawa se faz presente o enunciado de que promoção da saúde requer uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas, ela indicava também que o projeto de Estado almejado exige um tipo de configuração de relação com os sujeitos e instituições. Sob tais condições, a promoção da saúde precisaria se colocar como discursividade importante junto dos sujeitos, enquanto uma estratégia para que o Estado brasileiro, em um período de grandes transformações econômicas mundiais, não se apresentasse no mercado global monopolista de modo setorializado e fragmentado em suas ações, especificamente no tocante à saúde. Tal discursividade precisaria, ainda, sob a égide da participação, que o Estado convocasse sujeitos e instituições para legitimarem estruturas de poder – quando os discursos da democracia, representatividade e participação passariam a constituir verdades, e estas, condição para o funcionamento do Estado em tempos de neoliberalismo. No entanto, isso não ocorreu.

Enquanto prática de governamentalidade, o modo de consecução do neoliberalismo no Brasil deu-se na dissociação de discursos e práticas de cidadania, direito e democracia, ainda que esses fossem correntes tais discursos (AUGUSTO, 1989). Contraditoriamente, encontra-se como condição entre os discursos neoliberais a existência políticas sociais condizentes. Na linha de ser o neoliberalismo o atendimento aos ditames do mercado e à guarida de condições jurídicas para o que seja econômico, no caso brasileiro, ele ocorreu por meio de políticas sociais condutoras da privatização de diversos setores estatais, dentre eles o de saúde. Além disso, tal qual indicava Ottawa, setores de toda ordem da sociedade foram convocados a entoar discursos de produção de sujeitos saudáveis, por meio dos discursos da corpolatria e higijomania, mas também da direção de controle de adoecimentos, por meio do alarme e medo (NOGUEIRA, 2003; CASTIEL; DARTED, 2007).

Tem-se, assim, o estabelecimento de muitos tipos de práticas que passam a ocorrer sob o estandarte de promoção da saúde, mas que

---

que nos subeixos dessas conferências o controle social não foi convocado a discutir o que seria uma Política Nacional de Promoção da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id\\_area=1041](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=1041)>. Acesso em: 12 maio 2011.

não apresentam outras possibilidades de organização da sociedade em direção à promoção da vida, por meio de outros tipos de objetos e formas de cuidar, operadoras de outras normas sociais, históricas e imaginárias, que tenham possibilidade de algum tipo de substitutividade ao modelo médico, hegemônico, como diz Merhy (2011).

A análise desse subarquivo permitiu identificar como foram colocadas as bases para o que depois veio a se constituir como uma Política Nacional de Promoção da Saúde. Encontravam-se postas diretrizes para um tipo de relação com o Estado, balizado pela perspectiva da doença em todas as instâncias. Em torno da naturalidade da população encontraram-se diferentes poderes sob a égide de serem desenvolvidos mecanismos de controle da sua saúde, capitaneados pela possibilidade de doenças. Encontravam-se aqui quase consolidadas as bases para fazer funcionar o dispositivo da promoção da saúde, tendo como guardida o desenvolvimento de sistemas de informação e vigilância em saúde, já muito bem fundamentados pelas NOBs da década anterior.

### 5.3 DO ESTABELECIMENTO POSSÍVEL DA PROMOÇÃO DA SAÚDE COMO UMA POLÍTICA NO BRASIL

Após a análise do subarquivo que indicou um período de tomada de decisões acerca do papel e dos direcionamentos da promoção da saúde nas políticas sociais no país, neste terceiro subarquivo são analisados documentos que tornam visível a ocorrência dessa política. O foco será dado agora aos documentos que reorientam a organização do setor saúde a partir do que foi denominado de Pacto pela Saúde, ponto de partida para o lançamento da Política Nacional de Atenção Básica e, enfim, da Política Nacional de Promoção da Saúde.

O Pacto pela Saúde, aprovado em 2006, divide-se em três vertentes: o Pacto pela Vida, o Pacto em Defesa do SUS e Pacto de Gestão. O pacto é constituído por uma série de documentos ministeriais denominados de “Série Pactos pela Saúde”.<sup>98</sup> A promoção da saúde foi deli-

---

<sup>98</sup> A série “Pacto de Gestão pela Saúde” faz parte do rol de publicações da Secretaria Executiva do Ministério da Saúde. Essa série possui 10 volumes, sendo eles: Diretrizes operacionais: pactos pela vida, em defesa do SUS e de gestão (volume 1); Regulamento: pactos pela vida e de gestão (volume 2); Regionalização solidária e cooperativa: orientações para sua implementação no SUS (volume 3); Política Nacional de Atenção Básica (volume 4); Diretrizes para a programação pactuada e integrada da assistência à saúde (volume 5); Diretrizes para a implantação de complexos reguladores (volume 6); Política Nacional de

neada como uma política prioritária no pacto pela saúde, por meio de um documento específico para a sua consecução. O pacto também apontou o fortalecimento da atenção básica como uma de suas prioridades. Com ele, também foi lançada a Política Nacional de Atenção Básica como ordenadora da rede de atenção à saúde no SUS.

A análise do subarquivo segue as mesmas séries analíticas do arquivo precedente, quais sejam: o encampamento pelo Estado, gestão em saúde, condições de saúde e adoecimentos da população, o desenvolvimento econômico, a participação social e saúde como estratégia para a democracia.

### 5.3.1 O Encampamento pelo Estado

Com o Pacto pela Saúde, o encampamento pelo Estado das ações de saúde, que até então regulamentavam o setor por meio das NOBs e outras legislações, passa a se dar de acordo com outra configuração, na medida em que os Estados e Municípios passassem a adotar o sistema de pactuação. As Normas Operacionais vinham sendo consideradas óbices para a implantação do SUS, seja pela burocracia gerada, ou pela dificuldade de implantação local dos direcionamentos oriundos dessas normas, que não levavam à responsabilização por muitos projetos locais de saúde.<sup>99</sup> Isso levou a um processo crescente de críticas nas Conferências Nacionais de Saúde, que resultaram na busca de um sistema de pactuação para o funcionamento do SUS, por meio de uma articulação envolvendo o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASENS).

---

Promoção da Saúde (volume 7); “Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência (volume 8); Política Nacional de Educação Permanente em Saúde (volume 9); Colegiado de gestão regional na região de saúde intrastadual (volume 10). Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=25815](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=25815)>. Acesso em: 13 mar 2011.

<sup>99</sup> Sobre tais dificuldades, vale lembrar que as Portarias Ministeriais se tratam de regulamentações internas ao Ministério da Saúde. Note-se que o resultado do que era pactuado, ainda que envolvesse os Estados e Municípios no sistema de pactuação, não tinha valor jurídico no tocante às responsabilidades das esferas de gestão. Recentemente, no ano de 2011, com o Decreto nº 7508, a Casa Civil da Presidência da República possibilitou tal responsabilização jurídica.

O Pacto pela Saúde<sup>100</sup> inicialmente foi idealizado para ser apenas um Pacto de Gestão, envolvendo situações concernentes à regionalização e financiamento. No entanto, a partir dele, a pactuação envolveu desdobramentos no tocante à gestão dos projetos em saúde. Assim, o Pacto pela Saúde se dividiu no Pacto pela Vida, indicando prioridades sanitárias, e no Pacto em Defesa do SUS. Este último, que objetiva uma repolitização do SUS, não teve grande desdobramento institucional no sentido de serem gerados, a partir dele, modos de reorganização de planejamento e elaboração de projetos.

As mudanças na função do Estado deram-se, com o Pacto, sobretudo relacionadas ao processo de habilitação dos municípios para o financiamento de ações. Com o pacto, o processo de habilitação passou a ser circunscrito ao município ou às regiões de saúde,<sup>101</sup> tal qual já vinha acontecendo por meio do sistema NOB e NOAS, mas agora com a condição de que essas instâncias fossem organizadas de acordo com as necessidades de saúde da localidade, por meio de adesões aos Termos de Compromissos de Gestão. O processo de regionalização passou a ser firmado e acompanhado por meio de documentos: Plano Municipal de Saúde, Relatório de Gestão, Plano Diretor da Regionalização (PDR), Plano Diretor de Investimento (PDI) e Programação Pactuada e Integrada de Atenção à Saúde (PPI), ou planejamento dos serviços de uma região, e não mais no atendimento a uma norma operacional mais geral. Os Pactos, que devem ser firmados entre os três gestores do SUS, se dão

a partir de uma unidade de princípios que, guardando coerência com a diversidade operativa, respeita as diferenças loco-regionais, agrega os pactos anteriormente existentes, reforça a organização das regiões sanitárias instituindo mecanismos de co-gestão e planejamento regional, fortalece os espaços e mecanismos de controle social, qualifica o acesso da população à atenção integral à saúde, redefine os instrumentos de regulação, pro-

---

<sup>100</sup> O Pacto pela Vida e o Pacto de Gestão foram assinados em 2006, por meio da Portaria nº 699/GM. O pacto em defesa do SUS não teve portaria de regulamentação.

<sup>101</sup> O Pacto pela Saúde, de acordo com a localização geográfica e outros critérios que facilitem o acesso da sua população, indica a organização por parte dos Municípios de regiões sanitárias intramunicipais, intraestaduais, interestaduais e até mesmo fronteiriças.

gramação e avaliação, valoriza a macro função de cooperação técnica entre os gestores e propõe um financiamento tripartite que estimula critérios de equidade nas transferências fundo a fundo (BRASIL, 2006c, p. 8)

A partir da regulamentação do SUS, com as definições do pacto pela saúde, a promoção da saúde como uma de suas prioridades teve um documento destinado apenas a esta política. Ela encontra-se indicada no texto que a lançara como um “esforço para o enfrentamento dos desafios de produção da saúde num cenário sócio-histórico cada vez mais complexo e que exige a reflexão e qualificação contínua das práticas sanitárias e do sistema de saúde” (BRASIL, 2006a, p. 18).

O documento destinado ao estabelecimento da promoção da saúde teve sua elaboração *pari passu* ao estabelecimento da Política Nacional de Atenção Básica, sendo ambas as políticas apresentadas conjuntamente. E a política de promoção da saúde é indicada como uma ratificação do “compromisso da atual gestão do Ministério da Saúde na ampliação e qualificação das ações de promoção da saúde nos serviços e na gestão do Sistema Único de Saúde” (BRASIL, 2006b, p.7).

Na Política Nacional de Atenção Básica, por meio do Pacto pela Vida definiu como prioridade consolidar e qualificar a estratégia Saúde da Família como modelo de atenção básica e como ordenadora central das redes de atenção à saúde no Sistema Único de Saúde (SUS). A ideia do que consistiu a promoção da saúde e a atenção básica terá seus contornos mais bem delineados a partir do modo com que a promoção se relaciona com o sistema de saúde, sobretudo com a atenção básica, o que será visto nas séries apresentadas a seguir.

### **5.3.2 Gestão em Saúde**

No Pacto de Gestão ficou organizado um conjunto de procedimentos e instâncias para a ocorrência do sistema de pactuação entre os níveis de gestão de uma região de saúde. As regiões de saúde são recortes de “um espaço geográfico contínuo, identificadas pelos gestores municipais e estaduais a partir de identidades culturais, econômicas e sociais, de redes de comunicação e infra-estrutura de transportes compartilhados do território” (BRASIL, 2006c, p. 19).

O sistema de pactuação, por meio de regiões, que já existia pela NOB, passou a ser, com o Pacto pela Saúde, uma espécie de contrato<sup>102</sup> entre os gestores acerca de suas responsabilidades no tocante às ações e serviços de saúde. Contudo, apresentava-se agora com diretrizes unificadoras dos modos de avanços nos projetos locais de saúde, bem como de metas, transição<sup>103</sup> e monitoramento do que fosse pactuado. Pode ser exemplo desse sistema de metas, no caso do Pacto pela Vida, a cobertura, com exames de mamografia, de 60% da população feminina, conforme protocolo específico. Cada município, uma vez assinado o pacto, passou a ter como condição, no plano municipal de saúde, a de dialogar com essas metas.

A gestão de saúde, a partir do pacto, inusitadamente se autoatribui compromissos políticos de luta por aumento de recursos para a saúde. É diretriz do Pacto pela Saúde a correspondente “pactuação” por parte dos municípios na direção da Regulamentação da Emenda Constitucional nº 29 (EC 29).<sup>104</sup> O objetivo da regulamentação da EC 29 é, sobretudo, a definição acerca do que sejam gastos com a saúde, bem como a adoção de percentuais de aplicação de recursos para a saúde mínima de 10, 12 e 15%, pelo Governo Federal, Estados e Municípios, respectivamente.

Observa-se um paradoxo com relação ao financiamento. Por um lado, Municípios, Estados e governo federal, quando pactuam seu projeto de saúde, colocam-se como signatários do apoio e da mobilização política pela regulamentação da EC 29. É exemplo disso, na esfera do Executivo, discursos oficiais ministeriais indicarem a necessidade dessa

---

<sup>102</sup> A contratualização do pacto é feita inicialmente pelo gestor em debates, principalmente com o conselho de saúde. Esse termo é enviado para a Comissão Intergestores Bipartite (CIB), que reúne os representantes dos gestores municipais e do Estado, que, por sua vez, o encaminha para a Comissão Intergestores Tripartite (CIT), que reúne representantes dos gestores municipais, estaduais e do governo federal. Por último, o termo de pactuação segue para o Ministério da Saúde, para publicação.

<sup>103</sup> Os municípios que não assinarem o termo de pactuação junto aos níveis superiores de gestão mantêm a habilitação de sua gestão de saúde, por meio da NOB SUS 96 e NOAS SUS 01/2002.

<sup>104</sup> A Emenda Constitucional nº 29 provocou uma mudança na Constituição Federal de 1988, que ocorreu no ano de 2000. Definiu por quatro anos os percentuais mínimos de aplicação em ações e serviços públicos de saúde, a partir de sua aprovação. Contudo, após 11 anos, ainda não foi regulamentada.



regulamentação em nota do Conselho Nacional da Saúde<sup>105</sup> Por outro lado, isso indica a saúde envolta em interesses, desequilíbrios, impossibilidade de controle e dissensos, diante do que pode ser dado destaque para os limites que o Estado tem na consecução das políticas sociais.

É uma prioridade do Pacto em Defesa da Vida o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços públicos de saúde, com ênfase na atenção básica em saúde. Contudo, o dissenso e as limitações dos recursos financeiros para a atenção em saúde referem-se ao papel do Estado na consecução da amplitude do que possa vir a ser considerada saúde e, mais intensamente, o que venha a ser a promoção da saúde. Isso porque há, no Pacto pela Saúde, direcionamento para que a promoção da saúde, na atenção básica, se dê na esfera da intersetorialidade.

A Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2006b, p. 12), por meio da atenção básica,

considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável.

Contudo, quando da análise das responsabilidades do Município no planejamento e programação da gestão, especificamente no tocante à promoção da saúde, o pacto indica que as prioridades da promoção da saúde sejam definidas no âmbito nacional, cabendo aos Municípios, aos Estados e à União, em seus planos, a definição de política de promoção da saúde de forma intersetorial. A Política Nacional de Promoção da Saúde (2006a, p. 7) propõe que tal política seja

transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade, compondo redes de compromisso e co-responsabilidade quanto à qualidade de vida da população em que todos sejam partícipes no cuidado com a saúde.

---

<sup>105</sup> Disponível em:

<[http://conselho.saude.gov.br/ultimas\\_noticias/2005/ec29.htm](http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2005/ec29.htm)>. Acesso em: 20 mar. 2011.

A intersectorialidade indicada no pacto para as práticas de promoção da saúde não se trata de uma intersectorialidade com outras políticas públicas, mas é visivelmente aberta a instituições de diferentes naturezas jurídicas. A Política Nacional de Atenção Básica (2006b, p. 14) indica ser responsabilidade do Município, em consonância com o Estado e a União, “buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território”. Tal diretriz ainda é referendada quando o processo de trabalho da Estratégia de Saúde da Família (2006b, p. 28) é caracterizado, dentre outras coisas, como “promoção e desenvolvimento de ações intersectoriais, buscando parcerias e integrando projetos sociais e setores afins, voltados para a promoção da saúde, de acordo com prioridades e sob a coordenação da gestão municipal”.

Há na ideia de redes de compromisso e de intersectorialidade colocada para a execução da promoção da saúde, na atenção básica, foco mais no método e nas práticas a serem estabelecidas, do que nos componentes dessa rede. Até porque a intersectorialidade é concebida na Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006a, p. 17) como uma “articulação das possibilidades dos distintos setores de pensar a questão complexa da saúde, de co-responsabilizar-se pela garantia da saúde como direito humano e de cidadania, e de mobilizar-se na formulação de intervenções que a propiciem”. Ainda, na direção da Política Nacional da Promoção da Saúde ter enfatizada a prática intersectorial, quanto ao método de trabalho, tal documento indica que

o processo de construção de ações intersectoriais implica na troca e na construção coletiva de saberes, linguagens e práticas entre os diversos setores envolvidos na tentativa de equacionar determinada questão sanitária, de modo que nele torna-se possível produzir soluções inovadoras quanto à melhoria da qualidade de vida. Tal processo propicia a cada setor a ampliação de sua capacidade de analisar e de transformar seu modo de operar a partir do convívio com a perspectiva dos outros setores, abrindo caminho para que os esforços de todos sejam mais efetivos e eficazes (BRASIL, 2006a, p. 17).

E, cabendo ao setor saúde tornar mais visível o fato de o processo saúde-doença ser multifatorial, as instituições com as quais o setor

saúde faria o compartilhamento das práticas intersetoriais envolveriam diferentes setores organizados da sociedade, pois deve ser essa política “transversal, integrada e intersetorial, que faça dialogar as diversas áreas do setor sanitário, os outros setores do Governo, os setores privados e não-governamental e a sociedade” (BRASIL, 2006a, p. 7), sendo a tarefa do setor saúde a de “convocar os outros setores a considerar a avaliação e os parâmetros sanitários quanto à melhoria da qualidade de vida da população quando forem construir suas políticas específicas” (BRASIL, 2006a, p. 17).

Aqui a intersetorialidade pode trazer visibilidade sobre o modo de consecução dessa política no país, ou seja, a promoção da saúde é prioridade do sistema de saúde, mas é destinada a outro campo de interesses. Nessa esfera, podem ser mais bem compreendidas as dificuldades de consenso na regulamentação da EC 29, quando o dissenso referido pode se tratar do dissenso acerca de qual a amplitude do papel do Estado no que seja saúde de uma população.

Interessa aqui indicar que o âmbito da saúde não é visto com a potencialidade de articular a promoção da saúde. O planejamento de ações nas quais o sujeito poderia ter outros modos de consideração da saúde, que não o adoecimento, o que também será mais bem analisado na série sobre esse eixo, ocorre alhures ao processo de gestão da saúde. O problema consiste em saber se a promoção da saúde projetada nesse espaço pode alcançar consonância com os direcionamentos de Ottawa – conferência que articulou a ideia de promoção da saúde à existência de cidades saudáveis e outras condições sociais garantidas pelo Estado

### **5.3.3 Condições de Saúde e Adoecimentos da População**

O Pacto pela Saúde, no seu direcionamento do Pacto pela Vida, caracteriza-se pelo estabelecimento estratégias populacionais e de vigilância em saúde. No ano de seu estabelecimento foram indicadas prioridades, no tocante às populações (idosos e mulheres), às prioridades diante de adoecimentos (hanseníase, câncer de mama, diabetes, entre outras) e à priorização da atenção básica e à promoção da saúde.<sup>106</sup>

---

<sup>106</sup> De acordo com o CONASS, às seis prioridades pactuadas, em 2006, foram acrescentadas mais cinco em 2008: saúde do trabalhador, saúde mental, fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência, atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência e saúde do homem. Tal acréscimo é “resultado das pactuações realizadas nos Estados na

Observa-se que a promoção da saúde aparece no Pacto pela Vida bem delineada acerca das ações nas quais deve se concentrar, indicada como uma ênfase na “mudança de comportamento da população brasileira de forma a internalizar a responsabilidade individual da prática de atividade física regular, alimentação adequada e saudável e combate ao tabagismo” (BRASIL, 2006c, p. 13), com direcionamento para a articulação e promoção de programas de promoção de atividade física já existentes, e apoio à criação de outros, e, ainda, como promoção de medidas concretas visando o hábito da alimentação saudável.

Soma-se a isso que, na pactuação entre as regiões de saúde, apenas não são pactuadas a gestão da atenção básica e as ações de vigilância sanitária – o que mantém a atenção básica com grande foco para índices de adoecimentos. Essas devem ser assumidas como responsabilidade de cada município, cabendo intervenções do Estado ou da União quando não estiverem ao alcance de algum Município. Nessa direção, a promoção da saúde, por seu turno, como uma das prioridades do pacto pela saúde, já direcionada para ações bem específicas como as de atividade física e alimentação, parece (entre os adoecimentos e a política de populações) encontrar balizas ainda mais nítidas de sua esfera de ação. Essa condição permite a mesma concentração de ações com enfoque nos adoecimentos da década de 1990, a partir das NOBs, que agora se mantêm capitaneando as ações de atenção básica.

Diante disso, ainda que os mecanismos de gestão das regiões de saúde devam constituir um espaço de pactuação e co-gestão solidária e cooperativa por meio do Colegiado de Gestão Regional, pode-se atribuir a estas possibilidades estreitas de planejamento de ações que divirjam do que já se encontra estabelecido. Além disso, os princípios gerais do financiamento colocados para o SUS, com o pacto, dão-se por meio de blocos de financiamento para a atenção básica, atenção da média e alta complexidade, vigilância em saúde, assistência farmacêutica e gestão do SUS. Tais blocos de financiamento não se dirigem para a promoção da saúde, mas com grande foco, na atenção básica, para práticas como as de vigilância e assistência farmacêutica. Diante disso, claro está que o financiamento da promoção da saúde na atenção básica tem na intersetorialidade suas possibilidades de ocorrência.

O financiamento – Piso da Atenção Básica (PAB) - se mantém, no Pacto pela Saúde, como fixo e variável. O primeiro destina-se a a-

ções de atenção básica à saúde, transferidos mensalmente aos Municípios, de forma automática pelo Fundo Nacional de Saúde (FNS). O segundo, relativo ao custeio de estratégias, como a da Saúde da Família, dos Agentes Comunitários de Saúde, da Saúde Bucal, da Compensação de Especificidades Regionais, da Atenção Básica aos Povos Indígenas e do Sistema Penitenciário.

Os recursos antes integrantes do PAB variável para custeio de assistência farmacêutica e vigilância sanitária passaram a compor blocos específicos de financiamento. O financiamento específico para a assistência farmacêutica, junto da atenção básica, torna visível a possibilidade de concentração de práticas médicas nesse nível de atenção, como já destacado antes. A isso se acrescenta que o financiamento da assistência farmacêutica também tem recursos de fundo variável. E tais fundos são oriundos da existência de programas voltados a sujeitos com diabetes, hipertensão, bem como saúde mental, saúde da mulher, alimentação, nutrição e combate ao tabagismo. Qualquer ação de promoção da saúde por parte da atenção básica - coordenada, dialogada ou financiada por esse nível de atenção - encontra-se condicionada ao acompanhamento de sujeitos com doenças ou é organizada por meio de condições bem específicas ligadas a organizações populacionais, por exemplo.

Do mesmo modo, os financiamentos em blocos diferenciados, entre os níveis de atenção básica e média e alta complexidade, podem tornar tal sistema de saúde submetido a uma intervenção mais direta do sistema privado, ou filantrópico. Uma vez que se trata de contas diferenciadas, ações concernentes ao que é privado ou filantrópico podem ser priorizadas, e não dialogadas. Projetos de gastos dos diferentes níveis de atenção podem não alcançar intercessão de seus objetivos, quando a lógica hospitalar pode ser assumida com maior ênfase no delineamento desses projetos. E, como já foi indicado, a alta, e até a média complexidade, muitas vezes não é pactuada, ficando delineada pelas ofertas existentes no mercado.

De acordo com Centro de Assessoramento Popular (CEAP) (2007), com o pacto, os serviços de média e alta complexidade ainda são os grandes dificultadores do cumprimento dos princípios do SUS. Sem estrutura própria para atender essa demanda, muitos Municípios, ao invés de pactuar os serviços, preferem comprar os serviços privados. Estes últimos, por terem também interesses no mercado em saúde, oferecem menos do que a demanda comprada, fortalecendo os planos de saúde ou o pagamento direto pelo serviço. Diante disso, o CEAP (2007) lembra a “ambulancioterapia” como recurso de envio de pessoas para serem atendidas onde a assistência à saúde está com mais oferta do que

a demanda. Toda uma situação de mercado da saúde é mantida. Fica evidente a instabilidade da universalidade, no trabalho do gestor municipal ou estadual, da tarefa de fazer cumprir a regionalização, e também é distanciada a integralidade, pois a meta se mantém no modelo médico desejado e não alcançado, tornando-se mais um obstáculo para a promoção da saúde.

Na linha da análise da promoção da saúde, entre as responsabilidades gerais da gestão do SUS, esta se encontra como tarefa do Município no território da atenção básica. Ocorre que é direcionamento do pacto a elaboração da política de promoção da saúde, considerando as diretrizes estabelecidas no âmbito nacional e por meio de uma política intersetorial. Assim, projetos relativos à promoção da saúde têm alta possibilidade de serem circunscritos por práticas acessórias a processos de adoecimento, haja vista a sua maior possibilidade de controle nas práticas no tocante a acompanhamento e avaliação, e, ainda, pelo impacto por parte das instituições intersetoriais investidoras, quando da divulgação de suas ações em promoção da saúde diante da doença.

Ainda cabe ao Município operar os sistemas de informação referentes à atenção básica e alimentar regularmente os bancos de dados nacionais, na perspectiva da vigilância em saúde, bem como ao Estado desenvolver também ações de vigilância a ele circunscritas. Até mesmo a suspensão do repasse de recursos é prevista na Política Nacional de Atenção Básica, quando “não houver alimentação regular, por parte dos municípios e do Distrito Federal, dos bancos de dados nacionais de informação” (BRASIL, 2006b, p. 41).<sup>107</sup>

Relacionado às informações, à União cabe desenvolver e gerenciar sistemas de informação epidemiológica e sanitária. Tais dados, uma vez que têm um efeito no tocante às ações do Município, vai ter semelhante efeito na definição de prioridades em promoção da saúde propostas no âmbito nacional, pelo MS, que no nível nacional, centralizado, pode ter ideias pouco reveladoras do que deva ser planejado em saúde

---

<sup>107</sup> Aqui o texto da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) faz referência àqueles mesmos sistemas de informação implementados ou reorganizados a partir da NOB-96: Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB) – para os municípios e o Distrito Federal, caso tenham implantado ACS e/ou ESF e/ou ESB; b) Sistema de Informações Ambulatorial - SIA; c) Sistema de Informações sobre Mortalidade - SIM; d) Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos - SINASC; e) Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional - SISVAN; f) Sistema de Informações de Agravos de Notificação – SINAN e Sistema de Informações do Programa Nacional de Imunizações SIS-PNI.

em uma dada localidade. Nesse sentido, inevitavelmente, mais uma vez ocorrerá o fortalecimento das ações voltadas aos adoecimentos, na articulação da atenção básica do município com a rede intersetorial. Ele se dará tomando os dados dos adoecimentos como base, aliados à força do direcionamento do MS para as práticas que serão realizadas.

Essa situação pode ser visualizada na Política Nacional de Promoção da Saúde como um paradoxo. Para essa política, “nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer” (BRASIL, 2006a, p. 13) quando saúde e doença são resultantes dos modos de produção e da sociedade em um contexto histórico, diante do qual o aparato biomédico não consegue alterar essa condição pela centralidade nos sintomas (BRASIL, 2006a). Por outro, sua macropolítica apresenta-se como um projeto pautado nos riscos e em práticas fundamentadas em condições mais diretas de adoecimento dos sujeitos em questão. Diante desse paradoxo, com a intersetorialidade, as práticas de saúde, ainda não bem delimitadas pelo adoecimento, e às vezes até embrionárias, podem se constituir em algum espaço de capturação de subjetividades e sem possibilidades de “pactuação” do que venham a se constituir.

Além disso, ainda que o documento Política Nacional de Promoção da Saúde indique que,

tradicionalmente, os modos de viver têm sido abordados numa perspectiva individualizante e fragmentária, e colocam os sujeitos e as comunidades como os responsáveis únicos pelas várias mudanças/arranjos ocorridos no processo saúde-adoecimento ao longo da vida. [...] [na perspectiva ampliada de saúde], os modos como sujeitos e coletividades elegem determinadas opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades, desejos e interesses pertencentes à ordem coletiva, uma vez que seu processo de construção se dá no contexto da própria vida (BRASIL, 2006a, p. 14).

É ainda necessária a menção acerca da abrangência da integralidade, que implica,

além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos

trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção dos projetos e da organização do trabalho sanitário (BRASIL, 2006 a, p. 16).

Toda a organização do sistema leva a um modo de sujeição totalizante, para os quais devam ser pensadas práticas de caráter médico e prescritivo de formas de viver, mesmo não sendo interdito, ao Município, o desenvolvimento de ações que não sejam aquelas priorizadas pelo MS.

A saúde, pautada no modelo campanhista de controle das epidemias, que já foi base para o estabelecimento da nação brasileira no início do século XX, como indicou Hochmann (1998), pode ser vista 100 anos depois, ainda que em outras bases. As ideias de Virchow, ou mesmo de Ottawa, sobre condições sociais de adoecimento, fragilizam-se diante da perspectiva pasteuriana. Isso porque a promoção da saúde se encontra apenas no nível dos discursos como forma mais ampla de intervir em saúde diante de situações que determinam o processo saúde-adoecimento como “violência, desemprego, subemprego, falta de saneamento básico, habitação inadequada e/ou ausente, dificuldade de acesso à educação, fome, urbanização desordenada, qualidade do ar e da água ameaçada e deteriorada”, como diz o próprio texto da Política Nacional de Promoção de Saúde (BRASIL, 2006a, p. 14), mas que coloca aos sujeitos projetos de saúde com ênfase no seu submetimento a protocolos de identificação de risco.

### **5.3.4 O Desenvolvimento Econômico**

Os discursos relativos ao desenvolvimento econômico já são encontrados com parca presença nos documentos analisados. Tal situação ocorre de maneira análoga ao que será visto na série que aborda a presença dos discursos da democracia. Com presença marcante nos documentos do primeiro subarquivo, no Pacto pela Saúde, economia passa a ser relacionada, sobretudo, a dimensões metodológicas da execução do pacto. Outra designação referente à economia, no pacto e também na Política Nacional de Atenção Básica, aparece relativa à organi-



zação de gastos, que tomam direcionamentos de caráter administrativo e de controle de finanças.

Por outro lado, a situação econômica passa a ser um dos critérios para que o gestor municipal realize os recortes territoriais das regiões de saúde. Na política de atenção básica, na priorização da Estratégia de Saúde da Família, as condições econômicas constituem um item monitorado pelo cadastro das famílias e dos indivíduos junto das características sociais, culturais e demográficas do território (BRASIL, 2006b).

Assim, a economia parece chegar a um nível de estabilização no tocante aos seus encaminhamentos na política de saúde. No documento da Política Nacional de Promoção da saúde, o direito à saúde é relacionado à assunção, na CF de 88, dos direitos de cidadania, por parte do Estado, no que tange à “redução das desigualdades sociais e regionais, a promoção do bem de todos e a construção de uma sociedade solidária sem quaisquer formas de discriminação” (BRASIL, 2006a, p. 16). Contudo, a saúde não mais aparece como um dos requisitos para o desenvolvimento econômico, mas sim como convocação a outros setores da sociedade, diante da impossibilidade de o setor sanitário responder à transformação dos determinantes e condicionantes da saúde da população.

No tocante ao eixo dos discursos relativos à economia, o documento da Política Nacional de Promoção da Saúde revela haver direcionamentos econômicos consolidados com a definição de uma política social correspondente, quando, “nesse contexto, a garantia da saúde implica assegurar o acesso universal e igualitário dos cidadãos aos serviços de saúde, como também à formulação de políticas sociais e econômicas que operem na redução dos riscos de adoecer” (BRASIL, 2006a p. 16). Com relação a esses, podem encontrados diversos encaminhamentos relativos à resolutividade do sistema aos quais pode ser atribuída a preocupação econômica, diante da promoção da saúde como uma estratégia de produção de saúde, ou “um modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, [que] contribui na construção de ações que possibilitam responder às necessidades sociais em saúde” (BRASIL, 2006a p. 14), ou seja, a promoção da saúde é considerada estratégia, de caráter totalizante, para o alcance dos objetivos da política social.

### 5.3.5 A Participação Social

O pacto em defesa do SUS foi o conjunto de procedimentos do Pacto pela Saúde que não fora desdobrado em medidas administrativas. Por outro lado, a participação da comunidade e o controle social podem ser observados nos enunciados que tratam do pacto de gestão. No pacto de gestão são indicadas responsabilidades para os Municípios, os Estados e a União no tocante a possibilitarem a participação e o controle social no sentido de “apoiar o processo de mobilização social e institucional em defesa do SUS” (BRASIL, 2006c, p. 62).

De acordo com o CEAP, ainda que o pacto seja um avanço no processo de assimilação por parte do controle social acerca do que sejam as regras para a gestão em saúde, críticas podem ser feitas em relação ao fluxograma de construção de projetos de planos de saúde dos Municípios, pois, depois de aprovado um plano, este é encaminhado para a Secretaria Estadual e para a CIB, que, por sua vez, podem modificar a proposta sem voltar outra vez para o Conselho. A isso pode ser aludida a estatização de processos, ficando esses fechados à crítica do controle social, quando não é garantido o diálogo com esta instância até a fase final de aprovação (CEAP, 2007). Assim, propostas discutidas, e feitas com base em critérios bem definidos, podem encontrar discordâncias em instâncias seguintes, sendo de grande dificuldade, e por vezes sem efetividade, o acompanhamento de seu processo de implementação. E, no tocante ao acompanhamento das discussões regionais, não existe um espaço de controle social de onde se possam ser acompanhadas as discussões desse nível decisório, ficando prejudicado o controle social na regionalização também.

Ademais, tendo em vista a convivência do SUS com a privatização em saúde, o controle social, passa a não se conceber enquanto instância com força frente às pressões de mercado. Assim, o Estado, sem a presença da crítica do controle social, e responsável pelo “contrato” equilibrador das políticas sociais e de saúde, diante da privatização da saúde, passa a ser subsumido pelos interesses de mercado.

Relacionado a isso está, como já fora apresentado, que o pacto em defesa do SUS não teve o mesmo volume de desdobramentos alcançados pelo Pacto pela Vida e de Gestão do SUS, que alcançou regulamentação e encaminhamentos posteriores sobre as formas de pactuação. O Pacto em Defesa do SUS, que previa “repolitização da saúde, como um movimento que retoma a Reforma Sanitária Brasileira aproximando-a dos desafios atuais do SUS” (BRASIL, 2006c, p. 15), não teve desdobramentos, seja em forma de regulamentação ou de outros encaminha-

mentos, o que é revelador de um delineamento para uma participação modulada pelos direcionamentos que conformavam as políticas sociais do Estado nesse momento.

Tal modulação da participação colocada pelo Pacto, como um todo, é bem destacada na Política Nacional de Atenção Básica, inclusive como um de seus princípios. A participação deve ser estimulada enquanto um tipo de ação específica da ESF, devendo ainda compor seu processo de trabalho, quando deve ser uma característica do trabalho da equipe de saúde da família a “promoção e estímulo à participação da comunidade no controle social, no planejamento, na execução e na avaliação das ações” (BRASIL, 2006b, p. 28).

Já no que concerne à participação no texto da Política Nacional de Promoção da Saúde, ainda que seja indicada a promoção da saúde “consoante ao modelo do SUS de afirmação do direito à vida e à saúde, por meio do diálogo com as reflexões e os movimentos no âmbito da promoção da saúde” (BRASIL, 2006a, p. 14), a ideia de participação parece ganhar outros contornos quando observada no conjunto mais geral do modo como é instaurada tal política. O documento da Política Nacional de Promoção da Saúde indica, ainda, que “o exercício da cidadania [...] vai além dos modos institucionalizados de controle social, implicando [...] a criação de mecanismos de mobilização e participação como os vários movimentos e grupos sociais, organizando-se em rede” (BRASIL, 2006a, p. 14). Menciona, também, que o trabalho em rede, com a sociedade civil organizada, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde e que “a saúde [...] exige a participação ativa de todos os sujeitos envolvidos em sua produção – usuários, movimentos sociais, trabalhadores da saúde, gestores do setor sanitário e de outros setores” (BRASIL, 2006a, p. 15).

Nota-se que a ideia de participação é remetida a lugares até então pouco estabelecidos para a ocorrência do controle social. Assim, pode-se pensar que o controle social, tal qual firmado pela Lei nº 8142/90, na linha do que foi analisado no primeiro subarquivo, como constrangedor para a sua ocorrência, pode, especificamente para a Política Nacional de Promoção da Saúde, ter somada outra característica: a de ser desconfigurado por meio de participação que envolve poderes nada próximos a determinadas instâncias decisórias. Ou seja, a decisão por ações de promoção da saúde, ao se dar com a intersectorialidade, tem pela frente um campo de interesses difusos, diante dos quais o controle social pode ficar ainda mais em suspense sobre suas possibilidades de ação, o que fica ainda mais difícil quando

a promoção da saúde estreita sua relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e sinergias, e na execução das agendas governamentais a fim de 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, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (BRASIL, 2006a, p. 16).

Diante disso, pode ser quase ínfima a possibilidade de haver grande debate sobre o estabelecimento de uma prática de promoção da saúde junto ao controle social, pois, como já fora indicada na série que concentra os discursos de gestão, seus processos decisórios ocorrem alhures aos conselhos de saúde e conferências. E, assim, tais práticas chegam à atenção básica bem delineadas, inclusive pelo sistema de financiamento, que pode ser custeado por uma instituição que se encontra muito distante do setor saúde, ou ainda por uma política nacional. Ou seja, para a consecução de tais práticas, quaisquer instituições podem ser chamadas e, diante destas, a participação popular vai de roldão nessa corresponsabilidade. A promoção de saúde se dá como uma ação totalizante sobre as pessoas, não sendo explicitada onde começa e tampouco onde termina, deixando claro que pode tomar a vida como um todo, ou como uma estratégia na qual não se tem claro o estrategista, com métodos pouco claros, mas finos e subjetivantes.

Parecem os sujeitos da participação, sejam eles os usuários ou mesmo os componentes dos quadros da saúde, objetivados por meio de uma responsabilização para a ocorrência da intersetorialidade, que deve ser o ideal da participação. Sobre isso, o documento da Política Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2006 a, p. 17) indica que eles devem se voltar à indissociável

produção de subjetividades mais ativas, críticas, envolvidas e solidárias e, simultaneamente, exige a mobilização de recursos políticos, humanos e financeiros que extrapolam o âmbito da saúde. Assim, coloca-se ao setor Saúde o desafio de construir a intersetorialidade.

Tal processo de objetivação dos sujeitos pode ser visto no texto da Política Nacional de Promoção da Saúde ocorrendo na direção de

serem alterados os modos de atenção e de gestão dos serviços de saúde (BRASIL, 2006a). Aqui aparece um tipo de naturalização nos textos do documento, em que os sujeitos seriam decorrência de um processo do qual efetivamente não conseguem fazer parte e que ocorreria sem quaisquer entraves. Tal condição toma esferas maiores quando a participação é considerada fundamental “em especial para a consecução da equidade e o empoderamento individual e comunitário” (BRASIL, 2006a p. 20), levando a maiores possibilidades de afirmação do que seja individual em detrimento do que seja coletivo.

### **5.3.6 Saúde como Estratégia para a Democracia**

No texto do Pacto pela Saúde, a ideia de democracia pode ser vista apenas incorporada ao documento no tocante ao método de funcionamento da gestão relativo à participação. Do mesmo modo, no documento Política Nacional de Promoção da Saúde, a democracia aparece com algo já consolidado, que teve como momento importante para o seu estabelecimento a VIII CNS e seus antecedentes na Reforma Sanitária, que alçou a saúde ao *status* de direito social irrevogável.

Na linha da consolidação do discurso da democracia, no Documento da Política Nacional de Promoção da Saúde, é visível o discurso de que a saúde se consistiu como veículo de alcance da democracia, pois “no Brasil, pensar outros caminhos para garantir a saúde da população significou pensar a redemocratização do país e a constituição de um sistema de saúde inclusivo” (BRASIL, 2006a, p. 13). Uma objetivação dos sujeitos em sua relação com as instituições de saúde é envolta na ideia de que o processo democrático já constituiu a diferença nesse setor.

### **5.3.7. Funcionamento do Dispositivo de Governo Médico da Vida no Brasil por meio da Promoção da Saúde**

A análise do terceiro subarquivo possibilitou uma localização diferente da promoção da saúde em comparação aos subarquivos anteriores. No primeiro subarquivo, foi possível a visibilidade da promoção da saúde apenas em meio a um conjunto de discursos sobre saúde ampliada e regulamentações de práticas em saúde. No segundo, ficou clara a avaliação, pelo cenário institucional, da promoção da saúde enquanto uma política nacional estratégica para a instalação de um modelo econômico neoliberal. Neste terceiro subarquivo a promoção da saúde alcança o lugar de uma política nacional e, enquanto um dispositivo, en-

contra suas linhas mais bem delineadas sobre suas possibilidades de ocorrência, em meio ao contexto econômico que se consolidava, inclusive por meio de um documento próprio que conduz sua instalação.

Com o Pacto pela Saúde, não houve uma descontinuidade com a CF de 1988 e com as Leis nº 8080/90 e 8142/90, que regulamentam o SUS, tampouco houve dissonância com normatizações anteriores, como aquelas conferidas pelas NOBS e NOAS. Contudo, salta à vista, com o pacto, a organização da abrangência de atores envolvidos na deliberação das práticas de uma região de saúde, requisitando destes visibilidade para o que deve ser a gestão de saúde em diferentes níveis de atenção e diante de diferentes demandas. E, especificamente a promoção da saúde, dentro do pacto, não teve estabelecidos seus objetivos, mas sim o seu âmbito de ocorrência: à margem do sistema de saúde, na intersetorialidade, Além disso, a Promoção da Saúde, colocada pelo pacto, tem uma impossibilidade de ocorrência na atenção básica, ao menos enquanto uma política encaminhada sob responsabilidade do SUS.

Como diz o texto introdutório do Pacto pela Saúde, após 20 anos, o SUS teve grande evolução na sua implantação, sobretudo nos processos de descentralização. Isso ampliou seu contato com a realidade social, política e administrativa, tornando-o também mais complexo. Contudo, a análise dos documentos do Pacto pela Saúde e da Política Nacional de Promoção da Saúde, articulada à Política Nacional de Atenção Básica, dá visibilidade a outras movimentações no tocante ao encaminhamento institucional do setor saúde. Ainda que os textos dos documentos abordem a dimensão social dos fenômenos, e não apenas aspectos individuais, bem como façam uma diferenciação entre prevenção e promoção, manteve-se a saúde em uma perspectiva de atenção a doenças, conforme já era anunciado no subarquivo analisado anteriormente, ainda que o discurso continue não sendo esse.

O enfoque nas doenças pode ser relacionado à complexidade antes referida. E tal enfoque tem, na promoção da saúde, o alcance de um dispositivo estratégico de enfrentamento dessa complexidade. Com tal enfoque, tornou-se possível a manutenção da ideia de saúde ampliada, mas agora dirigida pelos discursos da promoção de saúde, possíveis de serem ativados de modos diferenciados diante de problemas de toda ordem e correspondentes a direcionamentos econômicos e políticos que tomou o país, por meio da intersetorialidade afirmada. Dito de outro modo, a decisão por uma Política Nacional de Promoção da Saúde dentro das políticas sociais de saúde, pode ser, quiçá, o maior representante daquele modelo neoliberal que se anunciava no subarquivo anterior. Com a política de promoção da saúde instalada tem-se o Estado condu-

zindo as políticas sociais, deixando para o mercado as possibilidades de sua ocorrência e de seus objetivos.

O alcance das mudanças no setor saúde que teve a VIII CNS como um acontecimento, conforme indicado na análise do primeiro subarquivo analisado, ocorria sob o entusiasmo de que, enfim, o Brasil tinha possibilidades de encaminhar um setor saúde aos moldes do que indicava Virchow, no século XVIII, que recomendava mudanças nas condições de vida, com vistas a mudanças nas condições de adoecimentos. Contudo, parece ter sido o modo operante da perspectiva pasteuriana suplantador dessa compreensão, ou seja, no Brasil, quando da delimitação do que poderia ser a saúde em meio às decisões das direções da economia do país, foi possível um modelo de saúde capitaneado pelo adoecimento.

O conjunto de acontecimentos relativos ao novo projeto de saúde pública para o país torna visível que a lógica médico-centrada tenha como condição o desvio dos sujeitos quando da condução da saúde pública. As condições de surgimento do discurso da saúde pública têm como condicionante a totalização como estratégia, quando exemplares nesse sentido são as séries históricas de vacinação, inoculações, campanhas, que tiveram por pressuposto o desvio da singularidade, como objetivos de defesa diante de um perigo coletivo. Vê-se, com Foucault (1988c), que, para o Estado e seu funcionamento, também há o pressuposto de um sujeito que não existe. O sujeito tem a abdicação de si, a governamentalidade da vida, enquanto população. Assim, no caso da saúde pública brasileira, os sujeitos são investidos em processos de saúde que, a um só tempo, açambarcam seu território mais cotidiano, somado ao controle estatístico de seus dados relativos à saúde, ou seja, têm suas vidas investidas de cima a baixo e suas vidas entrando para a história (FOUCAULT, 1988c).

Na governamentalidade, as biopolíticas governam a vida das populações com práticas de governo universalizantes e niveladoras de todos perante a norma, por meio de uma matriz grega (discursos da totalização, do direito, de governo e sujeição ao poder) e de uma matriz judaico-cristã (processos de individualização pelo poder pastoral). E, nessa perspectiva, os sujeitos da saúde pública não são alvo de preocupação por parte do Estado, mas deste último apenas é exigido o conhecimento de sua população e que busque a sua segurança.

Parece até aqui a promoção da saúde ter cumprido com seu papel como dispositivo biopolítico e de segurança no modelo de saúde brasileiro. Ressalta-se que a saúde continua a aparecer apenas enquanto um discurso, não sendo possível identificar o que sejam as suas práticas,

a não ser reedições de práticas preventivas ou, antes ainda, do exercício do poder médico. Contudo, o que importa nesse cumprimento de função é que ela alçou sujeitos atentos diante de uma norma. A promoção da saúde coloca normas e, assim, “é acesso ao mesmo tempo, à vida do corpo e à vida da espécie”, como disse Foucault (1988a, p. 159) acerca de a sexualidade ser matriz da disciplina e princípio das populações.

Nessa mesma linha, pode ser vista a tomada do movimento social pelo Estado, aquele mesmo que teve seu início na Reforma Sanitária, como uma ação de governamentalidade sobre os corpos e sobre a política enquanto espaço de disputas. As transformações no tocante à participação têm seu corolário na formulação de discursos acerca da democracia como uma justificativa para se ter efetivada uma política de promoção da saúde no país. A democracia, que era aliada à saúde no tema da VIII CNS, nos documentos analisados, aparece como algo já consolidado na política de saúde em geral, e de promoção da saúde como método, ou seja, fica condicionada à participação de instituições para além do setor saúde, que se empenharão nessa tarefa com vistas à manutenção de uma ordem democrática.

Assim, ainda que os documentos analisados, em alguns trechos, se refiram a ser a promoção da saúde relativa ao que seja coletivo, quando os textos direcionam o projeto de ação para tantas áreas, não deixam indicadas quais ações são perspectivadas a fim de se ter fortalecido esse coletivo. Relacionado a isso, digna de nota é a ideia de empoderamento, individual e coletivo, que aparece como uma diretriz na Política Nacional de Promoção da Saúde. O discurso do empoderamento trata da tentativa de trazer para a promoção da saúde respostas à crítica dirigida à ela por ter uma perspectiva behaviorista, enquanto direcionadora de estilos de vidas saudáveis, no Relatório La Londe, ainda na década de 1970 (CARVALHO; GASTALDO, 2008). O empoderamento aparece agora como uma chave para o reconhecimento relacional na distribuição de recursos e contribuinte para o debate social e sanitário que envolve o setor saúde, mas também pode ser considerado um tipo especial de chamamento ao novo modo de participação das pessoas diante de sua saúde. A saúde, colocada sob os auspícios da governamentalidade liberal, precisa que os sujeitos se vejam individual e socialmente se colocando nos encaminhamentos das políticas sociais, tendo em vista os discursos democráticos que as encaminha.

Observa-se que, paradoxalmente, a democracia parece, nesses documentos, ter alcançado o fim da linha, ao menos em seu papel específico no dispositivo. O dispositivo, tal qual indica Deleuze (1990), não tem exatamente um fim, mas sofre uma transformação, com novas for-



ças e discursos direcionando seus efeitos. A transformação do discurso da democracia no setor saúde refere-se ao fato de ela não ser mais um discurso mobilizador de práticas, o que pode ser base para a compreensão de uma perda de potência do discurso democrático nesses documentos analisados no terceiro subarquivo. A democracia, enquanto uma série que tinha o papel de indicar os discursos de Estado dentre as ações de saúde, não tem mais sua razão de ser, pois já aparece quase consolidada outra forma de participação. A democracia passa a compor discursos saudosistas que sempre estarão prontos a lembrar que, em 1986, a VIII CNS tinha estampado o lema “democracia é saúde” e também o seu contrário, “saúde é democracia”.

Também a economia aparece como um projeto já consolidado. A saúde, enquanto política social reconhecida como necessária para os encaminhamentos econômicos, apenas precisa atentar para problemáticas econômicas na sua consecução, nos seus encaminhamentos, ou no tocante à consideração da população ou aos gastos realizados. De modo esparso, contudo, a economia apresenta-se como pano de fundo para os encaminhamentos da intersectorialidade no tocante à promoção da saúde, que certamente ali farão investimentos que terão objetivos econômicos. Relacionado a isso está que, em uma perspectiva mais conservadora das ações em vigilância em saúde, esta última, que vinha fazendo parte da implantação das informações em saúde, passa a ser capitaneadora das ações da atenção básica. A própria localização da política de promoção da saúde dentro da CGDANT, no MS, e, por correspondência, dentro da Secretaria de Vigilância, nos Municípios, leva a promoção da saúde para a manutenção dessa lógica, quando de sua articulação com a atenção básica.

Aqui a análise dos dados do caso brasileiro de promoção da saúde contidos nos documentos encontra relação com a problematização. Esta tem, na noção de acontecimento, um modo diferente de se fazer história e enquanto uma análise da atualidade para as quais conta com a concepção de dispositivo de Foucault (1992) e Deleuze (1990). Em uma perspectiva micropolítica, com os enunciados da saúde, os sujeitos podem ser vistos objetivados entre os jogos de verdade a partir das práticas que se colocam como condição para a consecução de sua saúde. Para tanto, o enunciado, no caso da promoção da saúde, faz a história exatamente quando tem efeitos sobre os corpos dos sujeitos. A problematização do modo de ocorrência da política de promoção da saúde, enquanto um acontecimento, dá mostras acerca de como se tem no processo de democratização um discurso mais abrangente que colabora para a instalação de um modelo econômico neoliberal que atravessa todo um perí-

do da história da saúde brasileira, fazendo movimentos, inicialmente por meio do discurso da saúde ampliada, dentro da qual se conformou a promoção da saúde, com efeitos de objetivação dos sujeitos.

Ora, de modo mais tímido, a participação, mas mais detidamente a economia e a democracia, como discursos de saúde, podem ser vistas em uma fase de terminação. Diante disso, os discursos que fizeram movimentar o dispositivo da promoção da saúde cumpriram suas funções e podem ter sido deslocadas para outras políticas sociais. O Brasil parece ter conseguido suplantá-las, em suas políticas sociais de saúde, especialmente com a política de promoção, o conjunto de críticas dirigidas ao Plano Beveridge e, ao mesmo tempo, um dispositivo de governo de características neoliberais. A crítica referida dava-se na impossibilidade de um Estado máximo governar as relações econômicas. Estas, sob a perspectiva de Estado mínimo neoliberal, passam a ocorrer à margem das relações com o Estado, que se manteria com responsabilidades sobre a saúde da população, mas partindo dos direcionamentos que ela dá enquanto um corpo social (FOUCAULT, 2008c). Nesse espectro, estão presentes modos de alcance dos sujeitos permeados pelos processos econômicos em questão na região, ou em espaços delineados do Estado-nação. A participação também passa a ter configurações diferentes, sob a égide da democracia e, nessa nova configuração, tendo sua abrangência terminante do que venha a ser social.

O Pacto pela Saúde, ainda que tenha na lógica de pactuação a virtude da busca de metas e debates sobre determinantes de saúde de uma dada localidade, tem, na colocação da intersetorialidade como veículo para ocorrência das práticas em promoção da saúde, decorrências para o controle social. O acontecimento em que consistia a VIII CNS, para as ações de saúde no Brasil, em 1986, no tocante à participação instituída, ganha contornos diferentes, uma vez que passou a ser de certa forma “estatizada” nos encaminhamentos que teve o setor saúde. Exemplo disso pode ser que a proposta do Pacto pela Saúde foi especialmente articulada junto a outros setores, mas não com o CNS, que o aprovou, mas não participou efetivamente da sua elaboração.<sup>108</sup> Sequer também o pacto é designado como um indicativo de Conferências de Saúde, mas sim como uma tomada de decisão que é justificada por problemas na gestão em saúde, a partir das conferências.

---

<sup>108</sup> O modo como se deu a aprovação do Pacto pela Saúde pode ser acompanhado na íntegra na Ata da 162ª Reunião Ordinária do Conselho Nacional de Saúde, realizada no dia 9 de fevereiro de 2006.

Com isso, a participação impressa na VIII CNS, com o Pacto pela Saúde, é reconhecida enquanto instância de caráter muito mais consultivo em várias dimensões na saúde e destacadamente na política de promoção da saúde. No tocante à promoção da saúde, que é intersetorial, essa terá, por parte de seus atores, deliberações por ações mais contundentes e de caráter mais emergencial, que saltem aos olhos da avaliação de alcance de objetivos. Assim, as ações que têm tido até então maior repercussão do que seja saúde para as pessoas – a doença - poderão ser aquelas mantidas, ou seja, sob a perspectiva do risco a prevenção a adoecimentos bem localizados pode ser a prática decorrente desses direcionamentos. A participação, nessa esfera, que já tinha problemas de representatividade, no cenário da intersetorialidade - de muitos atores, projetos, instituições e interesses - distancia o acompanhamento de ações, quanto a seus objetivos, bem como acerca de como são avaliadas essas políticas.

O indivíduo participante não realiza mais tal participação direcionada ao Estado, mas à sua relação com a sociedade. Ele não tem por parte do Estado um elemento contratual e organizador, mas tem dele papel de condutor do estabelecimento de controles, aos moldes de Deleuze (1992) – o estabelecimento das sociedades de controle. Assim, ainda que a participação deva compor o processo de trabalho na ESF, especificamente na atenção básica parece ocorrer o que Deleuze (1992) chama de uma crise das instituições, no tocante ao seu caráter disciplinar. De acordo com Deleuze (1992), a crise das instituições tem levado a uma nova medicina desprovida de médicos e de doentes. Essa crise resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, e não “demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘dividual’ a ser controlada” (DELUZE, 1992, p. 225).

Deleuze (1992), em consonância com a sociedade das normas, tal como compreendidas por Foucault (2008b, 2008c) entende estar ocorrendo um processo de “dividuação”, ou um processo que liga os sujeitos a estruturas de controle finas e subjetivantes, a exemplo dos processos de subjetivação biopolíticos na governamentalidade, nos quais o Estado, como máquina de governo das condutas de forma cada vez mais sutil, fina e subjetivante, isso a ponto das relações e condutas dos sujeitos se tornarem objeto de governo (PRADO FILHO, 2006).

De acordo com Machado (1992), para Foucault as Ciências Humanas teriam representado condição de possibilidade para as disciplinas e para a norma. E essas novas áreas de conhecimento já eram indicadas com objetivos de regulação das populações e enquanto dispo-

sitivos de segurança, tendo grande inserção como biopolíticas. Com essas, é possível pensar a atenção básica como um centro ordenador dos serviços de saúde que tem a biopolítica assessorando-se das estratégias de controle, conforme desenhadas por Deleuze.

Há uma nítida valorização da atenção básica como nível de atenção quando a ela é atribuído o papel de ordenadora do sistema pela Política Nacional de Atenção Básica. E, por outro lado, isso pode ser considerado também como um direcionamento para amplie seu potencial de diálogo com a intersetorialidade. Assim, a ocorrência da promoção da saúde, na atenção básica, ordenadora do sistema de saúde, pode ser um representante da ocorrência das vertentes de controle, no presente caso sobre a saúde do corpo. Nota-se a intersetorialidade afirmada, que não tem passagem clara e destacada sobre os “antigos” controles sociais estatizados. A intersetorialidade deixa para elementos constituintes do cenário social a colocação dos balizamentos da relação com o corpo, ou uma política social residual, estratégica diante do que não pode ser enfrentado pela vida das relações, tendo em vista o mercado (DRAIBE, 1993).

#### 5.4 DO DISPOSITIVO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ATENÇÃO BÁSICA: CUIDADO DE SI E SUBJETIVAÇÃO

Nos capítulos precedentes, procurou-se abordar como se deu a instalação do dispositivo da promoção da saúde por meio de um governo médico da vida, mostrando, a partir dele, processos de objetivação. No presente capítulo, serão tratados os processos de subjetivação, a atenção do sujeito a si mesmo, estando tal sujeito em face de práticas de atenção básica em saúde, *locus* privilegiado de práticas de promoção da saúde. Ou seja, tratar-se-á acerca de como o sujeito se reconhece em face das práticas da saúde e se estetiza como tal, perfazendo a fase terminativa do dispositivo até então analisado.

Para tanto, este último capítulo tem como fonte documental a pesquisa intitulada “Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos” (PESQUISA ESF – Florianópolis) - uma pesquisa avaliativa institucional financiada pelo Ministério da Saúde (MS), cujo objetivo consistiu em

analisar o modelo assistencial da atenção básica em saúde quanto à coordenação dos cuidados com integração à rede de serviços e à atuação interseto-

rial, desde a perspectiva das famílias cadastradas, dos profissionais em saúde e dos gestores, a partir da implementação da Estratégia da Saúde da Família (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009p. VII).

Tal pesquisa ocorreu em quatro capitais brasileiras e, em 2008, especificamente em Florianópolis, quando a ESF, como modelo de atenção básica, já havia sido instalada nessa capital em sua completude. Sendo assim, a análise do documento deu-se com foco nos resultados dessa pesquisa junto às famílias cadastradas na ESF,<sup>109</sup> considerando-se essas respostas indicativas das práticas que tais famílias desenvolviam diante daquelas realizadas pelo serviço de ESF.

A ESF como prática de normalização pode ser vista, na própria configuração da pesquisa, avaliada acerca de seu potencial de estetização, por meio da condução do PSF sobre a saúde dos sujeitos. Assim, ainda que a pesquisa resulte de uma consulta aos sujeitos, não será feito uso dos dados da pesquisa enquanto discurso de sujeitos, mas como informação oficial do MS, considerando as práticas desses sujeitos em face dos serviços de saúde. Sendo assim, na mesma perspectiva adotada na análise anterior, quando se tratou de processos de objetivação em face da norma, importa agora a prática sobre si, também em sua exterioridade, e não o foco em processos de elaboração da consciência desses sujeitos, individual ou coletiva.

A pesquisa foi desenvolvida, na sua totalidade, em dois eixos: o primeiro, voltado para a integração, coordenação e continuidade do sistema, e o segundo, voltado para a intersetorialidade, ou articulação do sistema com outros setores, visando resultados de saúde. Ambos os eixos foram pesquisados a partir de informações oriundas dos gestores do sistema, das equipes de ESF de famílias cadastradas. Especificamente junto a essas famílias, visando suprir tais eixos de informações, a pesquisa buscou saber sobre

caracterização dos moradores e famílias, Características do domicílio, Conhecimento do PSF, Demanda e uso dos serviços de Saúde, Uso do PSF, Encaminhamento a especialistas, Realização de exames, Avaliação das ações do ACS, Satisfação

---

<sup>109</sup> De acordo com a Política Nacional de Atenção Básica, um dos princípios gerais da ESF é “atuar no território, realizando cadastramento domiciliar” (BRASIL, 2006b, p. 22).

com a USF e a ESF, Portadores de doenças crônicas: presença e acompanhamento – hipertensos, diabéticos e acamados, Acompanhamento de grávidas, Acompanhamento crescimento e desenvolvimento infantil, Problemas de saúde de seu bairro ou comunidade, Violência, Participação social, Avaliação do PSF pelas famílias” (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009, p. XVII-XVIII).

A análise dos processos de subjetivação a partir dos dados da pesquisa foi empreendida seguindo-se os dois eixos que conduziu junto às famílias cadastradas. Primeiramente serão discutidos os processos de subjetivação em face das práticas de organização do serviço na atenção em saúde (integração, coordenação e continuidade do sistema) e, depois, das práticas voltadas à intersetorialidade ou à articulação do sistema de saúde com outros setores.

#### **5.4.1 Subjetivação e Cuidado de Si diante das Normas Médicas presentes na ESF**

Com base na perspectiva da ética de Foucault, a estetização requer uma ascese, ou um conjunto de trabalhos que os sujeitos realizam sobre si diante das normas. A perspectiva das famílias cadastradas é indicativa da estetização diante do PSF e dos processos de subjetivação aí ocorridos. Nesse processo de estetização, uma primeira dimensão analisada são os resultados relativos à relação que os usuários detêm com o PSF. Não obstante a pesquisa ter se dirigido às famílias cadastradas (789 famílias), apenas 40% delas têm conhecimento espontâneo do PSF, chegando esse número a 70% - 552 famílias -, quando estimulados por meio de uma leitura de um texto sobre o PSF, que tinha o seguinte enunciado:

o Programa de Saúde da Família trabalha com uma equipe composta por médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde, os quais fazem visita domiciliar e atendem no Posto/Centro de saúde ou Unidade de Saúde da Família (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009, p. 225).

A partir desse primeiro questionamento, a pesquisa foi realizada com todas as famílias cadastradas, conhecedoras ou não do PSF, com questões específicas sobre o programa, para as famílias entendidas como “conhecedoras”, e questões mais gerais sobre as condições de saúde da família e comunidade, para todas as famílias cadastradas, ainda que não conhecedoras do PSF.

Esse desenho inicial dos sujeitos que se colocam em relação a diferentes tipos de conhecimento do PSF - espontâneo e estimulado -, já deixa claro que tal prática governamental de saúde ainda tem um caminho a ser trilhado no sentido de se constituir como uma biopolítica para essa população e alcançar normalização, por meio do PSF. Ademais, observe-se que o próprio enunciado ESF, presente desde o ano de 1998 nas práticas de atenção básica, não foi utilizado no texto de estimulação à resposta, diante do que pode se relacionar que a política de ESF ainda não tem um processo tranquilo de objetivação. Assim, saúde da família, enquanto uma estratégia, demandará ainda grande objetivação por meio das normas a incidirem sobre os sujeitos, e também subjetivação dos sujeitos sobre si mesmos.

Na direção de conhecer como se davam os processos de normalização dos sujeitos por meio do PSF, a pesquisa também procurou saber sobre o atendimento prestado. 85% das famílias conhecedoras do PSF tinham recebido algum atendimento, seja em casa ou na Unidade Básica de Saúde (UBS). Tal atendimento refere-se àquele demandado ou não pela família. Aqui pode-se entender que a grande maioria das famílias teve a presença de tal política em suas vidas, e isso pode ser o que leva muitas delas a terem conhecimento do PSF – estimulado ou não. O empenho no governo da vida das populações, uma vez adotando práticas de condução desses indivíduos, individualmente ou de modo coletivo, parece com tais dados indicar que tal condução vem alcançando consistência no processo de estetização para sujeitos, diante dos quais a presença do PSF consegue alcance e, portanto, normalização.

Outro dado relacionado a isso foi o conhecimento das famílias do ACS de sua área. Tal conhecimento foi indicado também ser de 85% das famílias entrevistadas. Dentre essas famílias, 66% informaram que recebem visita do ACS uma vez por mês, no mínimo. Como indica o texto do documento analisado, entre as atividades efetuadas pelos ACS, junto às famílias, nas visitas,

encontram-se algumas de ampla abrangência, como perguntas sobre problemas de saúde dos moradores e orientações sobre comportamentos sau-

dáveis, mas também orientações específicas, relacionadas ao acompanhamento dos portadores de doenças, como hipertensão, diabetes, tuberculose e hanseníase; a prevenção da dengue; e ao cuidado com a saúde infantil, como orientação sobre o sono caseiro, acompanhamento do crescimento das crianças e verificação do cartão de vacinação (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009, p. LXXIX).

Os ACS também são lembrados por 31% das famílias atendidas ou visitadas no convite à participação nas atividades em grupos. As atividades grupais mais frequentes eram aquelas relacionadas com atendimento a: hipertensos (43%), diabéticos (27%), terceira idade (18%), caminhadas e exercícios físicos (14%) e gestantes (13%). Ainda que o questionamento acerca de ter tido a família algum atendimento não se referisse ao atendimento por ACS, estes parecem ser um elo importante entre as famílias cadastradas e o serviço. Ou seja, eles são os grandes responsáveis pela objetivação dos sujeitos às normas do PSF e, por conseguinte, pela estetização em curso.

Os enunciados do documento indicam que, em Florianópolis, o PSF encontrava-se em funcionamento desde 1998, tendo alcançado institucionalização como modelo orientador das ações na atenção básica no ano de 2007. No caso do PSF em Florianópolis, seus primeiros momentos de instalação deram-se em áreas consideradas de vulnerabilidade social (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009). Tais práticas foram disponibilizadas de um modo diferente em relação ao modelo hospitalar ou ambulatorial e, sendo assim, elas ainda constituem certa novidade para a população. Ou seja, parece ainda ser um processo de estetização que possa estar incidindo de modo ainda inusitado sobre os sujeitos, tendo em vista a vigência de processos de estetização relativos a um modelo de saúde centrado no hospital.

Na linha de se pensar uma historicidade das experiências éticas, tal qual entendeu Foucault (2008b, 2008c) acerca das diferentes práticas éticas gregas e do mundo romano, pode-se dizer que o PSF de Florianópolis consiste num conjunto de práticas em um determinado tempo histórico, direcionadas a sujeitos históricos, que operarão tais práticas sobre si mesmos a partir das dimensões objetivadoras dessas mesmas práticas. Assim, um conjunto de condições, que inclui o próprio processo de instalação do PSF na cidade, contribuirá para os contornos históricos de



instalação de tais práticas e, por conseguinte, para a estetização das normas aí relacionadas.

A estetização dos sujeitos adstritos às práticas de saúde do PSF parece ocorrer a partir da procura pelo serviço por tais famílias para se colocarem ligadas ao serviço, principalmente quando os ACS, por meio de seu trabalho, são protagonistas da normalização. A “novidade”, aludida antes, ainda parece ainda estar em vias práticas de subjetivação junto aos sujeitos.

Na pesquisa, a perspectiva dos sujeitos atendidos pelo PSF permite incursões acerca de mais algumas especificidades de como se dão as práticas de estetização. Se a procura dos sujeitos adstritos, num tipo de busca ativa,<sup>110</sup> tem tido resultados no processo de estetização dos sujeitos, esta tem seu contorno diferenciado quando a pesquisa identifica escassa procura do PSF como serviço de primeiro contato, ou como fonte de atenção regular em saúde.

Apenas 50% das famílias cadastradas e conhecedoras do PSF procuraram a UBS como fonte de cuidado para a assistência à saúde em geral ou prevenção de doenças, o que deixa visível ser ainda distante o processo de governo sobre a população, por meio das práticas de atenção em saúde, por meio desse modelo.

A isto se soma a manutenção do modelo de agudização como o *locus* procurado por esses sujeitos para primeiro contato de saúde. O documento analisado indica ainda que, em Florianópolis, foi encontrado um percentual superior de procura por setores hospitalares como local de cuidado regular da saúde em relação às demais capitais onde também fora realizada a pesquisa. De acordo com o documento, “nota-se que 15% das famílias cadastradas têm os serviços de pronto-socorro ou de emergência do setor público como fonte regular de atenção à saúde” – assistência ou prevenção (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009, p. LV). E, de acordo com a pesquisa, há ainda outra parte, um quarto da população, que procura os serviços de saúde do setor privado como fonte de assistência ou prevenção, que sabidamente adota a gestão

---

<sup>110</sup> Aqui a ideia de busca ativa não é relacionada à designação correntemente conhecida de vigilância em saúde, na qual se busca pessoas acometidas de doenças infecto-contagiosas, tais como a tuberculose, mas a um tipo de derivação desta. Refere-se ao direcionamento para todos os funcionários da equipe de atenção básica “realizar busca ativa e notificação de doenças e agravos de notificação compulsória e de outros agravos e situações de importância local” (BRASIL, 2006b, p. 44), que se encontra presente na Política Nacional de Atenção Básica.

da saúde por meio das especialidades médicas em correspondência com os adoecimentos.

Assim, como já indicado antes, há um discurso acerca da atenção primária que encontra pela frente grande escalada para sua instalação, bem como grande ação de normalização dos sujeitos em face de tais práticas, sobretudo por meio do trabalho do ACS. Todavia, também há grande parcela da população que se mantém em processos de estetização de sua saúde ocorrendo alhures ao espaço da atenção básica. Parece que os sujeitos, em Florianópolis, têm em sua estetização os efeitos da estratégia de redução de apoio político ao SUS, quando este foi instalado, coexistindo com a saúde privada, já nos enunciados da CF de 88 (MATTOS, 2009).

A procura pelos serviços médicos como atividade regular de cuidado denota que a medicina de caráter preventivo ainda exerce um discurso normalizador importante, e contrário à promoção da saúde: um discurso “novo”, que se quer ter estabelecido com a ESF. As famílias entrevistadas têm a busca pelos tratamentos médicos como primordial, mantendo-se centradas na doença, conduzindo sua condição de saúde pelos saberes normalizados pelas práticas preventivas, que culminam na medicalização científica, com decorrências para a efetivação da política de saúde (NUNES, 1994; FERREIRA NETO, 2009).

Ocorre de modo similar, na procura pela UBS em caso de adoecimentos, essa fragilidade da atenção básica como possibilidade de normalização dos sujeitos em direção de práticas diferentes daquelas do modelo preventivo. 31% dos sujeitos pesquisados indicam que a UBS foi o serviço de saúde procurado, diante de algum adoecimento na família nos últimos 30 dias. Além disso, indicam que, ainda que 42% desses adoecimentos fossem considerados com pouca ou nenhuma gravidade, as emergências hospitalares e os serviços privados foram os destinos mais procurados diante deles.

Considerando os processos de normalização para a consecução da ética pensada enquanto prática, com Foucault (1988b, 1988c), a relação que os sujeitos estabelecem com o PSF pode dar maior visibilidade às especificidades da estetização anteriormente analisada. Os enunciados do documento mostram como as pessoas adstritas às UBS pesquisadas buscam por práticas de especialidades médicas. Cerca de 48% das famílias cadastradas procurou por especialistas no último ano - número que é considerado alto nos próprios enunciados da pesquisa, bem como é considerada alta a presença do serviço privado nesse oferecimento de especialidade, (41%). Ressalta-se que 46% dos sujeitos referiram ter

realizado alguma consulta com especialista no último ano por meio do SUS.

Na mesma linha de se manter tal população em uma normalização de caráter preventivo, quando o PSF não é o primeiro espaço de contato dos sujeitos com a sua saúde, os dados mostram ter ocorrido priorização das especialidades médicas como rotina para cuidado com a saúde. Ainda que a ESF de Florianópolis esteja completamente instalada, a presença de uma lógica flexneriana ainda parece ser condutora do processo de subjetivação dos sujeitos usuários desse sistema. Essa se dá por meio de práticas que levam em conta a assistência médica individual, compreensão unicausal das doenças, e que passa ao largo da saúde enquanto fenômeno coletivo, como requereria a reforma do setor saúde brasileiro, sobretudo a Política Nacional da Promoção da Saúde, cujo *locus* preferencial de ocorrência seria a atenção básica.

Sobre as especialidades se constituírem enquanto norma da medicina preventiva na contramão da atenção primária, afirma Mendes (2011, p. 105-106) que

a pessoa usuária, ao chegar a um especialista, é captada por ele, de forma definitiva, o que gera uma demanda incontrolável e bloqueia as agendas dos especialistas que tendem a ser profissionais com ofertas restritas no mercado, especialmente no mercado público. O especialista, em parte também porque não acredita na capacidade resolutive da equipe de APS [atenção primária em saúde], passa a funcionar como um consultor permanente através de uma apropriação definitiva das pessoas usuárias.

A prática relativa a um descrédito na atenção básica pode ser aludida ao que já fora discutido em capítulos anteriores sobre o seu descrédito em sua constituição e organização – um tipo de serviço destinado a pobres, desqualificado financeiramente e politicamente. Como foi visto, há uma forte objetivação para a saúde privada em ambulatórios e hospitais, em detrimento de uma saúde pública na condução da política de saúde no país. Diante disso, a procura pelas especialidades encontra assento em planos de saúde em um mercado neoliberal de saúde normalizada como um tipo de sucesso pessoal ou profissional.

A relação consigo mesmo mediada pela norma, pelos valores e pela moral, presentes na condução dos sujeitos, é referida nos estudos da genealogia da ética de Foucault (1988b, 1988c), voltada a um cuidado

de si ou a um constituir-se e conduzir-se diante das normas. Em face delas, o sujeito pode se subjetivar aceitando a norma – passivo diante dela -, ou então subjetivar tal norma não a reconhecendo - desviando-se dela, por meio de linhas de fuga, ou, ainda, resistindo, com algum tipo de força contrária à própria norma. Resultante desse processo, a estetização, não se trata de uma obra que atenda a um tipo de estética particular, de um sujeito que deseje um modo específico de relação com as práticas.

Nessa perspectiva, a visibilidade sobre a relação dos usuários do PSF com as especialidades permite indicar que o trabalho que esses realizam sobre si tem direcionamento de seu cuidado em saúde para a perspectiva de um cuidado de si por meio da aceitação da norma oriunda do modelo conduzido pelo poder médico, seja quando tal encaminhamento é feito pelo PSF, ou mesmo na procura direta por especialidades médicas, no serviço público ou sem passar por ele, situação que também é indicada nos dados da pesquisa.

Contudo, observa-se que o processo de normalização presente nas UBS, tem na manutenção da lógica das especialidades alguns obstáculos, a partir dos quais se pode vislumbrar alguma transgressão à reedição do modelo flexneriano aludido antes. Apenas 43% dos sujeitos que consultaram um especialista indicam ter retornado à UBS para alguma continuidade no atendimento. Diante disso, tais sujeitos podem estar realizando sobre si um trabalho que tem alcançado alguma transgressão, por meio de linhas de fuga a tais normas.

Ademais da ausência de retorno à UBS, com os “achados” do especialista, é possível indicar que o trabalho dos sujeitos sobre si mesmos se dá por práticas éticas relacionadas à recusa, ao menos em parte, da norma, nas práticas realizadas pelos usuários – por meio das linhas de fuga, que podem ser também a constituição de algum tipo de cuidado de si. Tal condição deixa entrever, quiçá, a conformação de uma tecnologia de si nessa recusa. Tecnologia de si entendida aqui como um tipo de prática mais estável, organizada, visando o contraponto desses sujeitos, a sua estetização possível, em face dos modos de sujeição experimentados com esse tipo de prática.

Mendes (2011) lembra que o espaço da especialidade é parte de um sistema fragmentado, funcionando como uma “caixa preta”, na qual não se conhece a história pregressa do sujeito, e na qual são retomadas, indefinidamente, histórias pessoais e familiares, sendo exames e novos pareceres rotinas comuns a cada atendimento. De acordo com o autor, far-se-ia necessária a substituição das especialidades por pontos de atenção secundária integral, fechados e articulados às UBS, e não abertos e

direcionados para o mercado da saúde. Depreende-se das ideias do autor, que a estetização e as práticas dos sujeitos diante dessa norma possam ser contribuintes para a reordenação das normas em outras bases, ou a transgressão pode ser entendida como uma prática que tem consequências políticas para as práticas de saúde.

O processo de subjetivação, nessa perspectiva, pode estar levando ao que indicou Deleuze (1990) acerca das linhas de fratura de um dispositivo, aqui, no presente caso, o dispositivo de saúde ampliada, levado a cabo como promoção da saúde. Ou seja, a subjetivação diante das especialidades, que já constituem uma série histórica, acumula críticas, e pode já ter dos sujeitos práticas de si, inclusive organizadas como uma tecnologia (e estas têm possibilitado alguma linha de fratura). Isso também traz questionamentos importantes acerca dos processos de subjetivação que envolvam tecnologias de si e mudanças de curso de um dispositivo.

A mudança no dispositivo também encontra aportes em tensões já experimentadas por sujeitos da saúde, haja vista o rol de acontecimentos, rupturas e descontinuidades nesse campo, cujo exemplo pode ser o das antigas Ações Integradas de Saúde (AIS), especialidades médicas “básicas” que deram início a um tipo de antecedente à atenção básica no Brasil dos anos 1980.

Na linha de se compreender com o modo com que se dá o processo de subjetivação dos usuários da ESF de Florianópolis, os dados da pesquisa também permitem a compreensão acerca de como diferentes grupos populacionais se relacionam com a oferta de serviços de saúde direcionados a eles. Com tais dados, pode-se compreender um pouco mais sobre a estetização desses sujeitos diante das normas colocadas pelo PSF, agora diante de práticas dirigidas à população, muitas delas ocorrendo mediadas por espaços coletivos de normalização.

Das 789 famílias cadastradas, 87% informaram a presença de doentes crônicos, sendo as mais frequentes hipertensão arterial (35%), diabetes (14%), doença mental (4%), obesidade (3%), deficiência física (3%) e problemas de alcoolismo (2%). Vejamos primeiro acerca das práticas que tais sujeitos<sup>111</sup> estabelecem com o cuidado da hipertensão e diabetes e, depois, com a saúde materno-infantil – populações para onde se dirigiu o alvo da pesquisa.

Ainda que 88% dos sujeitos hipertensos estivessem em acompanhamento, destes, 55% eram acompanhados pela ESF e 24% em uni-

---

<sup>111</sup> Destaca-se que a etapa avaliativa desses itens do questionário foi aplicada apenas quando o próprio entrevistado era o hipertenso ou diabético atendido.

dades privadas de saúde. Os hipertensos sob acompanhamento da ESF foram atendidos mais frequentemente pelo médico, em 81% dos casos. Foram fornecidos medicamentos aos hipertensos, mensalmente, em 63% dos casos, e a cada dois ou três meses para 28% deles. A presença da diabetes entre as famílias pesquisadas em Florianópolis é inferior à hipertensão: 14%. 87% dos diabéticos encontravam-se sob acompanhamento, sendo, dentre estes, 44% acompanhados pela ESF e 34% em unidades de saúde privadas. Os diabéticos acompanhados pela ESF foram mais frequentemente atendidos pelo médico (85%), sendo os medicamentos fornecidos pela ESF no mínimo uma vez por mês a 73% dos diabéticos usuários.

Os dados, tomados como indicativos de processos de subjetivação dos sujeitos doentes crônicos por hipertensão e diabetes, em face da norma colocada pelo PSF, mostram que esses são, em parte, subjetivados pelo conjunto de normas médicas colocadas pelas práticas desenvolvidas direcionadamente a eles. Aqui, mais uma vez, vale lembrar que, na estetização, o sujeito pode se subjetivar aceitando a norma ou não a reconhecendo, desviando-se dela por meio de linhas de fuga, ou, ainda resistindo, por meio de uma força contrária à ela.

Assim, ao terem sido tais práticas conduzidas pela lógica médica, os sujeitos diante dessas práticas se conduzem para elas. Eles, por um lado, nas práticas que realizam sobre si, exacerbam as normas relativas a um governo médico de suas vidas, ainda bem vigentes em tais serviços, sobretudo quando os serviços centralizam no médico e nos exames os atendimentos à população de diabéticos e hipertensos, a exemplo do que ocorre como prática na procura por especialidades. Ou seja, os sujeitos comparecem à prática organizada. Isso parece ocorrer como prática de si também para aqueles que não têm o PSF como espaço de seus cuidados em saúde.

Nessa linha de fuga buscada, parece não estar sendo disponibilizados espaços para práticas que envolvam o cuidado de si, onde esses sujeitos possam se trabalhar diante da norma, subjetivando-a enquanto uma nova possibilidade normativa, que esteja sendo preconizada pela mudança de estruturação do serviço.

Aqui podem ser pensadas as possibilidades de práticas de resistência por parte de tais sujeitos, articuladas às práticas de liberdade. Práticas de liberdade, para Foucault (2004), requerem práticas de si, visando à constituição da experiência de si – e isso é o que possibilita a subjetivação e aí se encontra a possibilidade ética. A ideia de liberdade requer pontos de articulação entre governamentalidade e as técnicas de governo de si. Dessa articulação depreende-se a subjetivação que tem

como condição *sine qua non* práticas de liberdade. É relacionado a isso que Foucault (2004), ao se referir à dominação, indica que esta não possibilita práticas de liberdade e relações consigo, diante do que processos de objetivação são preponderantes, ou, como diz Morey (1990), não possibilita o “si mesmo”, construído e também modificado (e criado) pelo próprio sujeito.

Um contrapoder que implique uma resistência direta aqui não parece ser uma prática de si presente entre os sujeitos que se relacionam com o PSF. O jogo de forças, nesse caso, parece ocorrer em um solapamento dos mesmos em face das normas médicas, por meio de suas práticas de si no tocante à saúde tomadas *in totum* pela medicalização de suas vidas, cujo estofado é a ameaça da perspectiva de risco. Em face disso, tais práticas parecem não visar o enfrentamento direto, mas tão somente o atendimento à norma, clara no caso dessas doenças crônicas, diante das quais não se espera grandes mudanças.

Isto remete ao que foi nos capítulos precedentes sobre haver um amplo processo de subjetivação em torno de uma governamentalidade da vida, encaminhada pelo Estado, não apenas com discursos totalizantes, mas com foco nos adoecimentos. Tais sujeitos, ao se manterem na positividade da doença e se desviarem do campo de possibilidades que pode ser saúde, a não alcançarem práticas de si que levem “a emergir e criticar os elementos valorativos, normativos que estão na base da positividade [da doença]” (AYRES, 2002, p. 41), ou não possibilitem a política e a ética de modo mais amplo, de acordo com a ideia de saúde como abertura para o risco tal qual formulada por Caponi (2003).

Uma situação verossímil é encontrada nas práticas que são dirigidas às gestantes e no cuidado com as crianças de até dois anos. O acompanhamento pré-natal foi pesquisado entre 60 mulheres grávidas no momento da pesquisa ou mães de crianças menores de 2 anos. Entre as gestantes, 52 realizaram acompanhamento pré-natal e receberam o cartão de acompanhamento pré-natal, sendo que 69% delas realizavam ou tinham realizado o pré-natal na ESF e 15% em unidades de saúde privadas. Tal acompanhamento pré-natal era ou havia sido realizado principalmente pelo médico, em 87% dos casos, e 42% recebia medicamentos mensalmente.

O crescimento e desenvolvimento das crianças menores de 2 anos encontradas no momento da pesquisa foi indicado como predominantemente realizados no Posto ou Unidade de Saúde da Família - 82% -, com profissional que não é da ESF. Um percentual de 18% dessas crianças foi atendido em unidades de saúde particulares. 86% dessas

crianças possuíam cartão de vacinação e de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento.

Observa-se aqui que a norma, enquanto governo médico da vida é alcançada preponderantemente quando dirigida às crianças pequenas. O serviço, ao ter o acompanhamento de um médico, possivelmente um pediatra como prática dirigida a essas crianças, mantém como norma o controle biopolítico do desenvolvimento delas bem circunscrito a peso, medida, vacinação, entre outros itens inclusos no cartão de vacinação. De modo até superior ao caso dos doentes crônicos por diabetes ou hipertensão, as práticas médicas parecem estar bem subjetivadas pelas jovens mães e por suas famílias como prática destinada ao cuidado das crianças pequenas, do que se pode dizer um processo de subjetivação em curso, ainda não fundamentado em uma positividade da doença, mas que já toma distância da abertura de possibilidades do que possa ser saúde.

Já os dados acerca da participação em grupos coordenados pela ESF e dirigidos a essas mesmas populações de hipertensos, diabéticos e gestantes, permitem uma análise de outro processo de estetização em curso. Dentre os hipertensos, 5% participam pelo menos uma vez por mês e 7% a cada dois ou três meses. Porém 79% afirmaram nunca participar. 86% dos usuários hipertensos nunca participaram de atividades de promoção da saúde como, caminhadas ou terapias ocupacionais.

Já entre os diabéticos, grande parte, 85%, nunca participou de grupos de diabéticos coordenados pela ESF. Apenas 3% dos diabéticos participavam de atividades de grupo mensalmente e 6%, com intervalos seis meses. A maioria, 88% dos sujeitos, nunca participou de atividades de caminhadas ou terapias ocupacionais. E, do mesmo modo entre as gestantes: a maioria, também 89%, nunca participou de atividades coletivas promovidas pela ESF, como caminhadas e terapias ocupacionais, bem como não participou de grupos de gestantes orientados pela ESF (63% dos casos).

Assim, as práticas que tais sujeitos realizam sobre si em face das atividades dirigidas a grupos parecem ser também de transgressão, a exemplo daquelas práticas que ocorrem diante das especialidades médicas. Parece que práticas que tenham discursos diferentes da norma já conhecida e subjetivada, mas se apresentam semelhantes às da norma médica já conhecida e subjetivada têm movimentos de transgressão como prática. Há a convivência com uma atividade eminentemente médica, centralizadora das práticas, quando um diabético é atendido pelo médico pela atenção básica, que faz com que a norma seja bem reconhecida. Esta última parece não ter por parte dos sujeitos possibilidades de



práticas diante de outra norma. Os grupos, ainda que tenham enquadramentos coletivos, mas guiados pela norma biomédica, ficam ao largo diante da coexistência de outra norma, semelhante, mas mais diretamente produtiva.

É nesse sentido que a ausência dos sujeitos hipertensos e diabéticos nas atividades coletivas realizadas é digna de nota. Centralizado na atenção médica, até mesmo por sua designação - Grupos de Hipertensos e Diabéticos -, com uma estruturação de normas mais estreitas, disciplinares para os sujeitos, constituem-se com certa liberalidade na sua organização, mas têm como prática, por parte dos sujeitos, linhas de fuga. Encontram-se, em linhas gerais, tais grupos, muito distantes de serem os representantes de práticas diferenciadas do modelo médico, ou que pudessem se intitular de promoção da saúde.

O texto do documento analisado, por outro lado, designa ainda a ocorrência de atividades que são intituladas diretamente de promoção da saúde, atividades de caminhadas ou terapias ocupacionais, as quais parecem ter dos sujeitos práticas de resistência ainda maior do que os próprios grupos organizados por patologia populacional. Diante delas, tais sujeitos adotam linhas de fuga, tal qual diante dos grupos organizados por adoecimento ou condições específicas de saúde, quiçá essas sejam vislumbradas a partir do espaço da atenção básica como totalizantes, estruturadas e conduzidas para o monitoramento.

As práticas dos sujeitos diante desse modo de ocorrência grupal podem ser aliadas àquela análise acerca de processos de subjetivação em face das especialidades, apontadas como indicadoras de mudanças de curso do dispositivo. Contudo, importa saber se a transgressão à força das especialidades na atenção básica, somada à transgressão na ausência nos grupos, alcança processos de subjetivação e de fratura no dispositivo.

Nesse caso, o espaço da atenção básica, diferentemente daquele hospitalar, parece ser um espaço onde se faz possível um tipo de resistência diante de algumas práticas médicas. Tais resistências são potencializadoras de mudanças e parecem ocorrer em face de uma característica da atenção básica: a de se apresentar como dispositivo de práticas ampliadas de saúde, e depois de promoção da saúde, mas terem priorizadas ações de um governo médico especializado em saúde. Ou seja, o processo de subjetivação é muito mais o de aceitação do preceito, de sujeição ao poder e ao saber médico, mas se organiza em torno de práticas de si, que parecem alcançar apenas alguma dobra no dispositivo em funcionamento, diante do que se pergunta se poderá levá-lo a transformações.

Relacionado a isso está que os enunciados da Política Nacional de Atenção Básica, quando apresentada em 2006, além de ser estratégia prioritária e articulada à Política Nacional de Promoção da Saúde, já indicavam ser necessário o estabelecimento desse nível de atenção como ordenador do sistema. Tais ideias já apresentam normativas mais recentes nessa mesma direção.<sup>112</sup>

A compreensão de sociedades de controle de Deleuze (1992), remetida à atenção básica, pode trazer entendimentos sobre a resistência aludida, e sua possibilidade de transformação nesse nível de atenção. Isso porque, na atenção básica, o projeto de “dividuação”, de divisão dos indivíduos por meio das normas que o massificam, parece não estar consolidado, com resistências dos sujeitos adstritos ao serviço, levando à impossibilidade de seu açambarcamento. Resistência também entendida como um tipo de força e exercício político por parte da população diante dos procedimentos da atenção básica, a partir do que pode ser destacada a acepção do poder relacional, envolto em uma rede de relações tensas e que absolutamente não encontra no Estado centralidade pela sua consecução.

Destaca-se, primeiramente, que é no chamamento para atividades grupais, coordenadas pela ideia da organização das populações, sob a égide de patologias, que o discurso participativo ganhou especial força. Esses mesmos tipos de atividades são aquelas que mais comumente têm sido designadas pela atenção básica de práticas de promoção da saúde, que, tendo como preocupação central a doença, faz com que o indivíduo, por seu turno, pareça não querer fazer parte desse processo, porque este tem como fim precípua seu próprio controle.

Da análise acerca dos sujeitos em questão também pode ter destacado que, além da fuga ao controle, se faz presente um desencontro com a ideia de cuidado na atenção básica. Em face da afirmação do modelo epidemiológico, como diz Merhy (2002), clínica e epidemiologia deveriam ser instrumentos complementares da assistência, quando o primeiro se utilizaria da epidemiologia para construção de sua abordagem e o segundo se utiliza da clínica no mesmo sentido, centrando-se

---

<sup>112</sup> Na Portaria nº 4279/2010, o MS estabeleceu diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS. Nela foi considerada a atenção básica como ordenadora do sistema de saúde, que passa a ser organizado em rede, e não em níveis de complexidade. Depois disso, o Decreto Presidencial nº 7508/2011, veio estabelecer nos termos da lei, ideia de redes e de a atenção primária ser a ordenadora dessa mesma rede, na qual os serviços ambulatoriais e hospitalares precisam estar integrados.

ambas nos sujeitos. O autor compreende o espaço da clínica como um espaço de cuidado, quando, por meio da micropolítica, nesses espaços, uma vez levadas em consideração as diferentes forças em atuação, como uma “tecnologia de cuidado”, novos espaços de poder podem ser constituídos.

O que ocorreu, de acordo com o Merhy (2002), é que a reforma sanitária, ao criticar a clínica flexneriana, excluiu do debate a ideia de cuidado, que, de acordo com o autor, requer um sujeito (ético) singular e político. Com base nisso, pode ser relacionado que o sistema de saúde, totalizante de sua ação, por meio do modelo epidemiológico, ao não primar pela efetivação de seus discursos de universalização e integralidade, tem os dados de adoecimento como instrumento de solapamento da política que se requeria nesse processo. É relacionado a isso que a participação, como método de controle diante da dispersão do governo biopolítico dos corpos, tem dos sujeitos estabelecidas linhas de fuga.

Assim, pode-se falar em mudança de curso do dispositivo, mas qual a sua amplitude? Tais mudanças de curso poderiam colocar a atenção básica enquanto espaço no qual se dariam processos de subjetivação consonantes a uma relação de um constituir-se em relação ao corpo? Ou a atenção básica tem apenas possibilidades de normalizações ainda muito próximas, daquelas disciplinares do ambiente hospitalar, em que se manteria a promoção da saúde enquanto um discurso que, ao seu final, manteria um modelo biomédico apenas com outros contornos? A análise dos dados da intersetorialidade perseguida pela atenção básica pode dar mais alguns elementos para o debate sobre esses questionamentos.

#### **5.4.2 Subjetivação e Cuidado de Si diante de Práticas de Governo Coletivo da Vida a partir da ESF**

Os dados da pesquisa junto às famílias cadastradas também açambarcaram a potencialidade da intersetorialidade na consecução das práticas de saúde e as práticas dos sujeitos diante da relação da atenção básica com a intersetorialidade. Esses permitem alguma incursão acerca da estetização dos sujeitos em face das práticas da ESF no tocante à sua potencialidade de exercício político. Considerou-se que tais dados se colocam como indicativos acerca de como os sujeitos se subjetivam em face das investidas de um governo coletivo de suas vidas.

A pesquisa, a fim de se ter conhecimento do PSF, na visão das famílias cadastradas, sobre os problemas do espaço onde vivem, solicitou a essas famílias que indicassem a realização de algum levantamento, avaliação da situação de saúde, ou dos principais problemas de saúde de

sua comunidade nos últimos cinco anos. “A maioria das pessoas respondeu não saber se fora feito algum levantamento (73%), ao passo que somente 14% respondeu que o levantamento foi feito e apenas 7% que foi concluído” (GIOVANELLA, ESCOREL, MENDONÇA, 2009 p. LXXIII).

Entre as famílias conhecedoras de ter sido feito levantamento da situação do bairro, pouco mais da metade afirmou ter participado. E, finalmente, em outro questionamento mais geral, as famílias foram questionadas se acreditavam que o PSF tinha conhecimento dos problemas do bairro. Diante de tal questionamento, apenas 48% das famílias responderam afirmativamente essa questão. A estetização em avaliação também teve aportes na visibilidade do bairro por parte do PSF. O questionário continha uma questão sobre o conhecimento da organização de reuniões pelo PSF com a comunidade para discutir os problemas do bairro. Mais da metade, 56% dos participantes, não soube responder.

Aqui, a ideia de que os sujeitos se constituem em face de procedimentos de governo sobre suas vidas, objetivados por meio das normas e subjetivando-se, por práticas sobre si mesmos, ganha contornos maiores. Parece a condução dos sujeitos adstritos na “nova” normalização, por parte do PSF, não estar se consolidando para tais sujeitos. Esse certo fracasso pode ser compreendido em uma impossibilidade do PSF em exercer governo sobre as vidas dessas famílias cadastradas, ou seja, o PSF não se coloca profícuo para que os sujeitos desenvolvam um trabalho sobre si ou práticas de subjetivação correspondentes àquelas práticas que conduzam o PSF de modo contornado ao modelo médico.

A força da resistência, as linhas de fuga e os desvios da norma parecem ser impedidores da fase terminativa do que seja o dispositivo da promoção da saúde no tocante a um tipo de prática diferente daquela que seja de caráter médico. Note-se: o dispositivo tem como condição para sua própria caracterização ter ocorrido um processo de objetivação, por meio de suas linhas de força “tocantes” ao sujeito. Nesse caso, a diretriz mais geral do PSF, que é a de desenvolver práticas que tentem fugir ao modelo médico estabelecido, parece estar atuando apenas de um modo refletido para esses sujeitos. Há um grande desvio por meio das resistências instaladas e da preponderância de linhas de fuga, como já dito.

Entendendo-se governo, com Morey (1990), como um difícil e versátil equilíbrio, envolto em conflitos e complementaridades, mas que deve possibilitar o “si mesmo” construído e também modificado pelos sujeitos, estes parecem não reconhecer um governo sobre suas vidas, por meio de tais práticas. Ou seja, as práticas que se constituem “a novida-

de”, não se envolvem por um poder que possa exercer um governo sobre esses sujeitos, de modo a alcançarem um trabalho sobre si mesmo, que possibilite uma conversão ao poder e um cuidado de si. Estes se mantêm subjetivados nas normas do poder médico, que, como já foi dito, ainda estão bem vigentes no espaço da atenção básica no PSF de Florianópolis.

Vejam os dados acerca do *locus* onde pode ser depositada tal potência: o questionário continha uma questão sobre a participação das famílias em reuniões promovidas pelo PSF com o propósito de tratar de problemas do bairro/comunidade. A maior parte das famílias, 62%, afirmou não ter recebido convite para participar dessas atividades, enquanto 25% afirmou ter recebido tal convite. Dentre essas que participaram, foram diversificados os temas abordados apontados pelas famílias participantes: cuidados de saúde, esgotamento sanitário, problemas habitacionais, assuntos relacionados ao Posto de Saúde (atendimento, melhorias, construção, Conselho Local de Saúde), segurança pública, urbanismo, escola e coleta de lixo.

Por outro lado, quando solicitado às famílias cadastradas que indicassem os principais problemas existentes no seu bairro ou comunidade, em meio a um conjunto fechado de opções, 33% assinalaram a falta de segurança/violência, outros 33%, a insuficiência, 27% a ausência de áreas de lazer – praças, jardim, quadras -, 22% a falta de pavimentação nas ruas, 14% desemprego na comunidade, 9% falta/insuficiência de serviços de saúde e qualidade do atendimento e 9% a ausência de esgotamento sanitário. Já em meio à manifestação espontânea, apareceu outro rol de problemas relativos às condições de vida na comunidade, tais como transporte urbano, trânsito e animais soltos na rua.

Da outra forma, quando questionados sobre os problemas de saúde existentes no bairro, em um formulário fechado, 30% das famílias cadastradas respondeu ser problemática a falta de medicamentos e, na mesma quantidade, a falta de profissional médico no posto. Depois, foi apresentada a dificuldade para fazer exames em 28% das indicações e falta de serviços de emergência em 23%. Curiosamente, na possibilidade de indicação espontânea acerca de tais problemas de saúde na comunidade, de certa forma foram reiteradas as faltas anteriores, de acesso a especialidades médicas, demora em consultas e exames e falta de profissionais de saúde.

Esse conjunto de respostas expõe sobre a relação entre as práticas desses sujeitos em relação às práticas de saúde de sua comunidade. Parece que tais sujeitos não reconhecem o serviço de saúde como aquele

que alcançará algum tipo de prática mais geral de governo sobre condições mais amplas de suas vidas. Assim, diante do serviço de saúde, parecem estar tais sujeitos a postos, muito mais no sentido de desenvolverem práticas de si, envoltas ainda na normalização médica, do que de esperarem desse serviço normalizações diferentes. Igualmente, o conjunto de respostas mostra que esses sujeitos perspectivam ampliar a condução de suas vidas por meio dessa lógica.

Ressalta-se, contudo, que as respostas de tais sujeitos mostram como esses desenvolvem práticas de si relativas aos problemas de seu bairro. Indicam, sobre o bairro, pronta e amplamente, a ocorrência de um conjunto de problemas, mas não os circunscrevem ao posto de saúde como *locus* de governamentalidade sobre eles. Relacionado a isso está que, na opinião de 40% dessas famílias, o governo municipal é o principal responsável pela solução dos problemas de saúde do bairro, sendo as demais respostas relativas às diferentes esferas governamentais. A grande maioria dos sujeitos, 80%, declarou não participar de nenhum grupo ou organização, à exceção dos grupos religiosos (36%), bem como a grande maioria indicou não conhecer ou ter ouvido falar do Conselho Municipal ou Local de Saúde.

Um arrefecimento de práticas políticas no tocante à saúde pode ser atribuído exatamente ao espaço da atenção básica. Este encontra consonância com uma característica de individualismo bem presente nos modos de estetização da subjetividade moderna, que tem o Estado a exercer práticas de divisão e identificação, visando à normalização. A relação com o corpo que se dá na atenção básica não promove práticas que levem a correspondentes práticas de liberdade, ou, dito de outro modo, não promove relações que vislumbrem uma relação política com o corpo.

O cuidado com o corpo pode até se fazer presente entre tais sujeitos, em outros espaços, em outras instituições, até mesmo na linha da corpolatria e higiomania, conforme mencionado por Nogueira (2003), que indica processos de objetivação dirigidos à sociedade em geral ligados à saúde perfeita, também como indicara Illich (1999). No entanto, a recusa à roupagem médica presente nas normas mais gerais daquele serviço de saúde, dista da atenção básica de práticas que envolvam um “constituir-se” por parte de seus adstritos, como indicava Morey (1990). Isso tem esvaziado o constituir-se politicamente de si mesmo de modo mais amplo, em face das instituições que se mantêm fazendo uma governamentalidade sobre sua saúde, do qual pode ser decorrente o fato de sujeitos não se perceberem com possibilidades de participação no tocante aos problemas que indicam.

O esvaziamento político do SUS, tal qual aludido por Mattos (2009), pode ser relembado aqui mais uma vez, agora no tocante à constituição de um conjunto de práticas que, governamentalizadas, têm mantido os sujeitos em meio a normas que não alcançam a esfera menos apertada que requereria o espaço de participação política. Nota-se aqui que a Política Nacional de Atenção Básica indica ser responsabilidade do Município, em consonância com o Estado e União, “buscar a viabilização de parcerias com organizações governamentais, não governamentais e com o setor privado para fortalecimento da Atenção Básica no âmbito do seu território” (BRASIL, 2006 b, p. 15). Tal viabilização está muito longe de ocorrer e tem muito distanciada ainda a possibilidade de os sujeitos se entenderem partícipes dela. Diante disso, a ideia de intersectorialidade pode levar ao desenvolvimento de práticas ainda mais inviabilizadoras das práticas de si na direção do constituir-se. A intersectorialidade, aberta a instituições de diferentes naturezas jurídicas, que não tem do PSF representação de práticas de subjetivação por parte dos seus sujeitos adstritos.

Assim, o encampamento das ações em saúde pelo Estado, analisado nos capítulos anteriores como elemento importante do processo de objetivação dos sujeitos, pode ser relacionado aqui no tocante aos seus efeitos de subjetividade, quando dessa totalização. Parece ser essa totalização não apenas inviabilizadora da política que requer um constituir-se. Dela decorre também a inviabilidade de que tais sujeitos sejam acompanhadores de pactuações de um projeto de saúde que seja intersectorial. Tal encampamento do Estado inviabiliza ainda o exercício de governamentalidade com consoantes processos de estetização e subjetivação, pois se converte em práticas de sujeição, ou quiçá de dominação sobre os sujeitos. Tal conjunto de condições não deixa espaço para práticas de liberdade, sobretudo se somada à fortaleza em que se encontra a norma médica nos espaços da atenção básica.

Além disso, tais famílias não perspectivam práticas de contrapoder diante do dispositivo de saúde instalado. Os dados mostram ainda que 46% dessas famílias apontam não saberem para onde se dirigir ou a quem procurar em caso de reclamação, queixa ou denúncia sobre problemas ocorridos nos serviços públicos de saúde. As demais famílias apontam a Secretaria Municipal de Saúde como o principal local de procura em eventual possibilidade de queixa. Contudo, a série histórica de denúncias de corrupção no setor saúde, e sobre o que sejam verbas destinadas à saúde no debate que vem sendo travado na regulamentação da EC 29, distanciam ainda mais tais sujeitos de exercerem qualquer papel político, por meio de um constituir-se, diante de práticas em saúde

na atenção básica, que apenas mantém vivo os discursos de direito à saúde e de promoção da saúde, mas não tem potência para encaminhá-los.

O dispositivo da promoção da saúde é colocado em questão nesse ponto sobre sua incidência sobre esses sujeitos, pois tal dispositivo deixa um escape muito grande que não gera os processos de subjetivação requeridos pela política. Tal qual fora indicado nos processos de objetivação dos sujeitos em meio aos discursos da participação nos capítulos anteriores, parecem tais sujeitos estarem envoltos em um discurso de participação que prima mais pelo assentimento (FERREIRA, 1992) – uma forma disciplinar. Em face desses discursos, as práticas que visam o cuidado de si, o constituir-se, não vislumbram sequer linhas de fuga ou espaços de resistência. Parecem estar tais sujeitos envoltos em práticas conduzidas por um discurso do “novo”, enquanto cuidado em saúde, mas fazem parte de uma série histórica, de totalização do Estado sobre a vida - relações saturadas, e das quais não se podem deslocar e escapar.

Assim, em uma consideração de subjetividade e de ética que não se pauta por abstração, mas por práticas, bem definidas, relativas à objetivação e subjetivação, práticas de transgressão às normas, podem ser vistas como elemento presente na atenção básica, mas ainda frágeis e desorganizadas. Por outro lado, pode-se considerar a atenção básica um cenário de batalhas mais amplo, onde vem sendo impostas, sobre as pessoas, estratégias disciplinares e normativas, por meio dos dados de adoecimento, mas que não vêm conseguindo alcançar essas mesmas pessoas, tal qual seria possível em um contexto como o hospitalar, com a disciplina. É nesse espaço que pode ser considerada alguma linha de fratura nas linhas do dispositivo analisado. Há, nesse nível de atenção, conflitos entre saberes, que têm, de um lado, o biopoder, e, de outro, os sujeitos – em que a participação, visando o assentimento, ainda se encontrava até aqui como uma estratégia por se constituir.

Para isso é condição para a transformação espaços de liberdade. Estes se colocam como imperativo para novos modos de viver e, inusitadamente, em face de um dispositivo que tem sido encaminhado para o discurso do “novo”. Essa assertiva encontra-se na linha de compreensão de que o poder só se exerce sobre homens livres, (FOUCAULT, 1995a) e pauta-se pelo entendimento de que tal liberdade se refere a “sujeitos individuais ou coletivos que têm diante de si um campo de possibilidade onde diversas condutas, diversas reações e diversos modos de comportamento podem acontecer” (FOUCAULT, 1995a, p. 244).

Ora, a governamentalidade, centrada na condução de condutas, não coincide com as concepções habituais de governo político de um



Estado sobre uma sociedade ou território, centrado em leis que definem direitos e deveres do cidadão (PRADO FILHO, 2006): ela precisa da totalização. Contudo, se a governamentalidade não se dá no território, a ética encontra aí sua possibilidade e parece reclamar que o modelo neoliberal em curso tenha instaurado, ainda em outros moldes, o que venha a ser promoção da saúde. Ou seja, que a promoção da saúde alcance consonância com os direcionamentos de Ottawa, que ainda que pautada por um horizonte neoliberal, incluía cidades saudáveis e outras condições sociais garantidas pelo Estado. Para isso, concorrem as linhas de fuga que parecem já ter alcançado alguma eficiência de desvio do modelo preventivo.



## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A tese que agora pretensamente busca ser finalizada foi concebida considerando promoção da saúde como dispositivo de governo, movimentado por saberes e práticas. O caminho percorrido neste estudo foi aquele de acompanhar como o movimento de tal dispositivo se relaciona com a constituição de sujeitos a partir no cenário de redemocratização do país.

Nesse acompanhamento, buscou-se visualizar a institucionalização da promoção da saúde enquanto prática social na exterioridade dessas mesmas práticas. Assim, não se perspectivou a pesquisa sobre processos da interioridade dos sujeitos em face das práticas, a partir dos quais devem ser conhecidos seus conteúdos e lógicas. Tampouco se referiu a subjetividade a algum tipo de fenômeno psicológico que singulariza o indivíduo. Nesse acompanhamento, buscou-se o sujeito sendo constituído a partir de práticas biopolíticas, visualizando-se tais práticas instaladas sob a égide dos processos de objetivação e subjetivação dos sujeitos e como, a partir desses processos, havia elementos para sua constituição enquanto tal.

Visando compreender a institucionalidade da promoção da saúde enquanto prática de governo, a decisão metodológica se deu pela focalização do conjunto de possibilidades das práticas, em diferentes contextos, em suas inter-relações. Primeiramente, em meio a um cenário institucional nacional, relativo ao período de 1986 até 2006, às voltas com altos índices de adoecimentos e de movimentos sociais reivindicando a preservação da saúde por parte do Estado. E também em um cenário internacional, em que se constituía um novo ordenamento de relações econômicas com decorrências para as práticas sociais, diante do que a OMS vinha fazendo gestões desde a década de 1940. Assim, não se debruçou sobre a minúcia de uma prática específica que fosse intitulada de promoção da saúde e sobre seu funcionamento como um dispositivo.

Não havia dúvidas de que a opção por esse percurso colocava a pesquisa em um caminho arriscado coexistente com a abrangência de compreensão que aí seria possível, percurso esse que deixaria algumas visibilidades em suspenso. Sendo assim, dada a amplitude de possibilidades, a complexa metodologia, denominada de problematização por Foucault (1988b), certamente não foi utilizada no limite superior de suas possibilidades. No entanto, uma vez que se tinha, com Morey (1990), a

afirmação de que, por se tratar de procedimentos sucessivos,<sup>113</sup> o percurso intelectual de Foucault não deveria ser didaticamente periodizado, na presente pesquisa empreendeu-se o desafio de problematizar seu objeto, por meio da metodologia de Foucault em seu todo, abordando-se os seus três eixos metodológicos: arqueologia do saber, genealogia do poder e genealogia da ética.

Essa consideração do todo do percurso de Michel Foucault, enfatizado por Morey (1990), foi tomado como método potencial de compreensão dos sujeitos, consideração essa que também moveu outros autores a se dedicarem aos modos de compreensão a partir desse todo da metodologia de Foucault. Sendo assim, o encontro com alguns deles também foi necessário nesse estudo, a fim de apoiar a abrangência escolhida como percurso metodológico. Tal estudo contou com as possibilidades lançadas, a partir do pensamento foucaultiano, empreendidas por Deleuze, Veyne e Le Goff. Com esses autores, a abrangência pretendida passou a ser considerada muito mais como aporte metodológico para o alcance do objeto de estudo, do que o risco que se anunciava ao início do percurso.

Nessa direção, Foucault (1988b) diz que ao caminho da busca sobre os jogos de verdade são atribuídos muitos riscos. E, com a ajuda intelectual de Paul Veyne, afirma ainda que aquele que “quer fazer a história dos jogos entre o verdadeiro e o falso”, se introduz em um labirinto (FOUCAULT, 1988b, p. 8), bem como que “existem momentos na vida onde a questão de saber se se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou a refletir” (FOUCAULT, 1988b, p. 8). Entendia-se ser profícuo procurar fazer a reflexão a que se propõe esta tese em meio a esses riscos.

No estudo das práticas de promoção da saúde, o aporte em Veyne (2008) resultou em perspectivas diferenciadas de consideração do Estado. Para o autor, a compreensão da relação governo-governado não abre a compreensão para fenômenos tão particulares, pois a relação é de outra ordem, quando “faz-se necessário que se multipliquem as especificações, os acidentes históricos e as influencias ideológicas, ao custo de um enorme palavrório” (VEYNE, 2008, p. 249). Assim, a problematização pretendida, com Veyne, colocou o risco referido de confe-

---

<sup>113</sup> Morey (1989) sobre isso mostra como, de certa maneira, na arqueologia, na década de 1970, a ideia de subjetivação já estava lançada nos desenvolvimentos sobre a transgressão aos discursos ou ainda na resistência diante de práticas de dominação.

rir a possibilidade interessante de aliar o estudo das práticas de promoção da saúde ao estudo dos jogos de verdade, com as contribuições da perspectiva da história na qual a “objetivação é tudo”, e esta se dá pelo emaranhado estudo das práticas históricas e datadas.

Já com a perspectiva dos dispositivos, a partir de Deleuze (1990), obteve-se aporte para a ênfase nas condições e possibilidades de funcionamento das práticas de promoção da saúde em face das práticas de governamentalidade. Ou seja, obteve-se com Deleuze a ideia de dispositivos enquanto estratégias de governo com caráter de mobilidade, imprevisibilidade, modificabilidade e variabilidade. Sendo assim, foi possível alcançar como ocorria tal movimentação na promoção da saúde, objeto desse estudo, como um dispositivo.

A análise de dispositivos perspectivada por Deleuze foi recurso na compreensão acerca de como as práticas de promoção da saúde alcançavam, por meio de suas linhas, a objetivação do sujeito. E, ainda, como se alcançavam atualizações de um dispositivo, por meio dos processos de subjetivação e suas linhas de fratura. Com os dispositivos, obteve-se então o caráter de movimentação do poder e a visibilidade da relação dos sujeitos com ele, decorrendo uma alternativa à compreensão de acontecimento histórico, a partir do que foi possível pensar a promoção da saúde enquanto um acontecimento no setor saúde.

O alcance do objeto da pesquisa teve, na perspectiva do arquivo de Foucault (2008a), a potencialidade de buscar a atualidade do enunciado, bem como o seu sistema geral de formação e transformação. Aqui, na perspectiva histórica à qual já se vinculava a pesquisa, teve-se, com Le Goff (1991), um desvio da ideia de que os documentos acerca da instalação da promoção da saúde se encontravam no passado, mas que esses estavam presentificados nas relações de força da sociedade que os fabricou. Sendo assim, a pesquisa histórica aludida é aquela que opera com fontes, não na direção de reconstituição do real, mas buscando este último como uma construção discursiva (ALBUQUERQUE JÚNIOR, 1991). Ou seja, a pesquisa foi conduzida sob a égide de que a constituição e o armazenamento de um documento se dão a partir da produção de práticas de poder sobre os corpos, podendo-se, a partir deles, acessar as continuidades e atualizações de sua incidência em processos de objetivação e subjetivação (LE MOS, 2010).

Esse conjunto de aportes para a busca dos enunciados da promoção da saúde foram possibilitadores da análise de um jogo de relações, que se apresentam segundo regularidades específicas, quando “não é preciso perguntar sua razão imediata às coisas que se encontram ditas, ou aos homens que as disseram, mas ao sistema da discursividade, às

possibilidades e às impossibilidades enunciativas que ele conduz” (FOUCAULT, 2008a, p. 146-147), ao que se acrescenta os sujeitos que tais enunciados produzem.

Estabelecida a abrangência com a qual foi tomada a promoção da saúde como objeto deste estudo, bem como seus aportes para o tipo de análise pretendida, vejamos um pouco mais sobre os jogos de verdade analisados. A presente pesquisa foi conduzida pelo objetivo de analisar como, a partir do período da democratização brasileira, a promoção da saúde como prática biopolítica constitui sujeitos da saúde, por meio de processos de objetivação – incidência das práticas e discursos sobre os sujeitos, e por meio da subjetivação – ou práticas e relações dos sujeitos consigo mesmos.

Na década de 1990, primeiros anos de instalação da democracia no país e, portanto, de um modelo de saúde que a ela procurava ser correspondente, as práticas de promoção da saúde não alcançaram *in totum* sua possibilidade de inserção como uma política específica, mas se situaram apenas no jogo dos discursos e, de modo bastante tímido, em meio às legislações. Isso fundamentalmente porque o *locus* de possibilidade de ocorrência da promoção da saúde, a atenção básica, não foi espaço no qual tais práticas se colocaram possíveis, haja vista a precarização e fragilidade por meio da qual foi instalado esse nível de atenção. Ou seja, a atenção básica se deu por meio da condução de ideários e financiamentos internacionais, deixando acontecer, ao mesmo tempo, um mercado da saúde privada nos serviços ambulatoriais e hospitalares, imprimindo uma ideia de nível de atenção desqualificado.

Assim, foi possível uma visualização diferente daquela habitual de que a atenção básica seria o espaço onde ocorreriam práticas que levariam a mudanças no setor saúde com práticas transformadoras nas condições de vida das pessoas. Em face dos graves cenários de adoecimentos apresentados pela população no período pós-ditadura militar, as práticas de promoção da saúde, na atenção básica, consistiram-se em uma reedição do modelo preventivo empreendido, já na década de 1950, no cenário internacional da saúde conduzido pela OMS.

Em um momento posterior, diante de uma adoção, apenas em parte dos discursos da Conferência Internacional de Ottawa, no início da década de 2000, ficou visível que a promoção da saúde passou a ser pretendida de modo mais direto pelo Estado brasileiro como uma política. Para tanto, foram debatidas suas possibilidades de ocorrência no país, de acordo com as proposições dessa conferência que colocava balizas para a articulação entre promoção e desenvolvimento econômico. Contudo, o resultado de tal balizamento foi açambarcado pelo saber

e poder médicos, levando a ser projetada a Política Nacional de Promoção da Saúde, que ainda estava por vir, por meio de práticas de vigilância e de desvio de riscos como condutoras do projeto brasileiro de promoção da saúde. Tudo isso, ao passo em que se instalava um cenário econômico neoliberal de produção econômica no país, levou a uma minimização das práticas sociais, inclusive as de saúde, ou seja, a um resultado possível de relação do país com o cenário de forças que insidiavam sobre as políticas públicas de saúde.

Enquanto uma política nacional instalada, já no ano de 2006, a promoção da saúde alcançou, em meio a práticas sociais, consonância com o modelo econômico neoliberal que se encontrava vigente no país. Como já havia sido anunciado, por um lado, ela se deu de modo bem articulado ao controle epidemiológico – encaminhador de práticas médicas bem marcadas -, por outro, teve o direcionamento da sua ocorrência por meio da intersetorialidade, indicando que o cenário social institucional precisava fazer parte de sua instalação.

Esse conjunto de condições levou a novas interdições para que a atenção básica fosse espaço de ocorrência de práticas de promoção da saúde, que correspondesse às diretrizes de Ottawa. As conduções dos trabalhos nesse nível de atenção efetivaram-se por meio da identificação dos riscos de adoecimento e atendimentos médicos aos adoecimentos que se encontravam identificados e contabilizados pela estatística do modelo epidemiológico. Os modos de gestão adotados também se colocaram correspondentes a esse projeto. Por meio dessa lógica, as práticas de atenção básica e a ação intersetorial foram conduzidas, passando ao largo de quaisquer projetos ligados a condições de vida, articulando-se a problemas no território. Também decorrente desse processo foi o declínio das possibilidades participativas requeridas para o modelo de “saúde ampliada”, encaminhado pelo discurso da promoção da saúde. Nessa época, também os discursos de democracia no sistema de saúde, antes entoados pelos movimentos sociais, e mesmo aqueles discursos que articulavam o desenvolvimento econômico à saúde, puderam ser vistos perdendo sua força no dispositivo.

Os diferentes arquivos analisados também tornaram possível uma visualização diferente daquela habitual acerca das práticas de promoção da saúde como alternativa ao modelo da biomedicina. Essas podem ser vistas como estratégicas para a institucionalização do que se colocava como discurso da saúde ampliada pelo Estado brasileiro, que almejava uma economia de discursos diante do cenário internacional que pregava um modelo econômico globalizado. Desse modo, a objetivação do sujeito pelos discursos e pelas normas de promoção da saúde

estabelecidas no período democrático no Brasil pode ser vista encaminhada pelos discursos da promoção da saúde como um potente produtor de sujeitos que sejam correspondentes ao modelo de um *homo economicus*, que precisa atender às necessidades de um mercado, e ainda ser correspondente ao requerido pelo cenário neoliberal, tendo seus direcionamentos balizados pelo debate social sobre quais sejam seus encaminhamentos.

Esse conjunto de condições, que expressam o processo de mudanças nas políticas de saúde no Brasil, bem como sua incidência sobre os sujeitos, indica que tais práticas levam à objetivação por meio de novas normas, mas apenas novas normas médicas para os sujeitos. Essas, ao se darem em espaço globalizado, distante de qualquer pacto sanitário, com Schramm (2006), colocam para os sujeitos comportamentos saudáveis *versus* não saudáveis, sancionados pelos dispositivos sanitários. Tal condição, ao conferir ao Estado o papel de sancionar os modos de alcance de tais comportamentos, faz com que saúde não seja mais um “direito do cidadão e um dever do Estado, mas, ao contrário, um dever do cidadão e um direito do Estado” (SCHRAMM, 2006, p. 197), sob a égide de uma governamentalidade neoliberal. Ou seja, o modelo de promoção da saúde brasileiro se deu envolto em um dispositivo, conduzido pela perspectiva médico-preventiva, movimentado por disciplinas e por um governo médico da vida. Tal modelo teve assim incididas biopolíticas que deixaram bem estreitas as possibilidades de ocorrência de outras normatividades conduzindo suas vidas.

Articulado ao processo de objetivação, a identificação de como os sujeitos subjetivam as normas oriundas das biopolíticas de promoção da saúde, a subjetivação pode ser vista envolta em práticas de resistência dos sujeitos em questão. O jogo discursivo que conduz as práticas de promoção da saúde, sob a égide das práticas governamentais, rememora-se, ocorre para muito além das esferas do Estado e, sendo assim, pode ter relacionadas resistências em vários espaços institucionais. Contudo, especificamente na atenção básica, espaço importante para a afirmação das práticas do dispositivo da promoção, seja pelos discursos que a conduz, ou pela escalada de sua disponibilização à população brasileira, podem ser visualizadas práticas que se encontram na mão do governo médico da vida.

Ainda que sob o estandarte de uma saúde ampliada, parametrizada pelo modelo biomédico, as práticas da atenção básica consistem em monitoramento do corpo, e não em busca de outra relação com ele. Há uma preocupação com os adoecimentos, uma vigilância e um monitoramento dos corpos, ainda que sob novos moldes. A resistência aludi-



da permite que os sujeitos, em meio aos efeitos do dispositivo, possam ter algumas possibilidades de práticas éticas de cuidado de si, parecendo alcançar um constituir-se e, portanto, processos de subjetivação. Tais processos de resistências podem ser vistos, inclusive, diante de algumas práticas, como as relativas aos encaminhamentos a especialidades e a práticas coletivas, e essas aparecem marcadamente encaminhadas por normas médicas, quando as práticas de si podem ser pensadas ocorrendo inclusive como uma tecnologia de si para o conjunto de sujeitos, ou seja, em práticas que constituem algum tipo elaboração coletiva, tendo em vista suas proximidades enquanto saídas. Contudo, há também que se demarcar que essas se dão em espaços muito estreitos, perfazendo condições muito próprias do modelo médico, que, no espaço da atenção básica, podem trazer dificuldades para um constituir-se, ou até mesmo se colocar próximas à coerção.

É disso que decorre o fato de também não ocorrerem ali práticas que coloquem novas normatividades para o sujeito no tocante a desenvolverem práticas de cuidado de si voltadas a algum tipo de relação com suas situações de vida, ambiente, relações no território que ocupam. Ou seja, a promoção da saúde na atenção básica não alcança práticas que envolvam a coletividade, na direção de transformação das condições de vida dos sujeitos, tal qual colocava Ottawa. A propósito, a dimensão territorial parece que sequer precisa ser elemento considerado para a sua ocorrência na atenção básica, a não ser pela proximidade geográfica das pessoas com o serviço, podendo até mesmo se dar em espaços muito semelhantes ao espaço físico de um hospital.

O presente estudo também entende que, a partir da ocorrência das linhas de subjetivação, têm ocorrido linhas de fratura nesse processo, ou novas normalidades conferidas por esses novos dispositivos das quais seriam resultantes novos dispositivos. A questão é saber se tais processos de subjetivação, ainda que envolvam tecnologias de si, podem, de fato, alcançar, com suas linhas de fratura, mudanças mais amplas do dispositivo, ou mudanças que ultrapassem apenas ajustes em seu curso. Isso porque, ainda que a atenção básica tenha historicamente sido discutida como espaço alternativo ao modelo médico, as práticas ali realizadas não parecem ter qualquer intenção de substitutividade ao modelo médico hospitalar que se expande para outros serviços de saúde, tal qual tem sido enfatizado por Merhy (2002, 2011).

Em meio aos processos de saúde encaminhados pela atenção básica dentre os quais estão aqueles relativos à promoção da saúde, e a partir dos processos de objetivação e subjetivação, há um modo bem atual de constituição de sujeitos ocorrendo nesse espaço. Esse é relativo

à adoção das políticas sociais neoliberais e possibilita o entendimento da subjetividade eminentemente histórica, tal qual colocara Figueiredo (1992) sobre a psicologia e seu estatuto epistemológico. O autor, ao fazer uma análise da contemporaneidade, mostra a invenção do psicológico em estreitas e controversas alianças com as práticas liberais e disciplinares, a partir do século XIX.

Diante de uma subjetividade demarcada pela historicidade, é que se faz possível o desenho de um sujeito da saúde nesse início de século XXI. Em direção contrária às perspectivas psicológicas dos elementos constitutivos dos sujeitos, o desenho que pode ser feito tem os traços de sua condução pela governamentalidade envolta em processos biopolíticos. Isso desvia esse mesmo sujeito de qualquer possibilidade de ser homogêneo, tendo em vista até mesmo a natureza dos processos de objetivação e subjetivação não serem passíveis de estabelecimentos *a priori*. Assim, também não se torna possível uma faceta integral desse mesmo sujeito, ao que vale acrescentar que, na ótica da saúde, o dispositivo também o coloca em movimento.

Por outro lado, tal sujeito encontra-se envolto em feixes de relações bem visíveis a partir do dispositivo analisado, e em meio aos movimentos desse dispositivo é conduzido a uma ética de excelência, sob patamares ideais de saúde. As práticas de saúde, capitaneadas pela saúde pública, com grande nível de abrangência da população do país, colocam direções claras de manutenção de vigilância sobre si como horizonte para o sujeito. Nessa seara da vigilância, as normas são grandes condutoras dos processos de objetivação e subjetivação, compondo um modo moderno de ocorrência de produção desses sujeitos. Do dia-a-dia deles, passa a fazer parte a atenção a algum encaminhamento de ações de caráter individual ou coletivo conduzidas por saberes, cujos fins se voltam para a excelência do corpo sob o estandarte da saúde, o que já vem se apresentando de maneira semelhante no âmbito privado. No entanto, ocorrem distanciamentos desses sujeitos em relação a aspectos mais gerais da vida, que incluem, a um só tempo, seus corpos e a dimensão política que os envolve.

A finalização do presente estudo deixa entrever movimentos no dispositivo estudado, dos quais podem ser empreendidos estudos que envolvam a promoção da saúde, como o dispositivo tal qual foi considerado no presente estudo. A primeira delas diz respeito exatamente às características de processos de resistência. A ideia de resistência como possibilidade de subjetivação traz em seu reverso a possibilidade de transformação. Nessa ótica, processos de resistência envoltos em

tecnologias de si podem ser estudados acerca de sua potência de ação sobre o curso de um dispositivo.

Ainda relacionado à consideração de práticas de governo encaminhadas pela perspectiva de dispositivo, tal qual fora analisada a promoção da saúde neste estudo, outra questão que daí se depreende é a relativa ao destino das discursividades quando deixam de ser estratégicas para os dispositivos. Tal questão pode ser profícua uma vez articulada exatamente ao contexto neoliberal em que discursos são condutores de práticas, mas que, uma vez cumprindo sua tarefa de objetivação, deixam de fazer parte do dispositivo que compunham.

À compreensão do dispositivo envolto em movimento, mas também em possibilidades de linhas de fratura em meio a processos de subjetivação, podem ser articuladas também perguntas sobre o destino dos discursos que encaminham práticas sociais. Esses, no presente trabalho, puderam ser vistos saindo do discurso de promoção da saúde em direção a outras práticas sociais que não mais se circunscreviam ao campo da saúde. Exemplo disso pode ser o discurso da participação, conduzindo outras práticas sociais e que, no campo da saúde, não tem mais a força correspondente àquela dos anos 1980.



## REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE JÚNIOR, Durval Muniz. Menocchio e Rivière: criminosos da palavra, petas do silêncio. **Resgate**: Revista Interdisciplinar de Cultura do Centro de Memória da Unicamp, Campinas, n. 1, p. 48-55, 1991.

ALMEIDA FILHO, Naomar de. O conceito de saúde: ponto-cego da epidemiologia? **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 3, n. 1-3, p. 4-20, 2000.

ANDRADE, Luiz Odorico Monteiro de. **A saúde e o dilema da inter-setorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

AROUCA, Sérgio. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

AUGUSTO, Maria Helena Oliva. Políticas públicas, políticas sociais e políticas de saúde. **Tempo Social**, São Paulo, n. 1, v. 2, p. 105-119, jul./dez. 1989.

AVELINO, Nildo. *Governamentalidade e democracia liberal: novas abordagens em teoria política*. *Revista Brasileira de Ciência Política, Brasília*, n. 5, p. 81-107, jan./jul. 2011.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n.1, p.28-42, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/05.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.9, n.3, p.583-592, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov.2011.

\_\_\_\_\_. *et al.* Vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.*. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.375-417.

BARATA, Rita Barradas. Epidemiologia social. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 8, n. 1, mar. 2005. P. 7-17. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2005000100002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 10 dez. 2010.

BARREYRO, Gladys Beatriz. O “Programa Alfabetização Solidária”: terceirização no contexto da reforma do Estado. **Educ. rev.**, Curitiba, n. 38, p. 175-191, dez. 2010. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-40602010000300012&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-40602010000300012&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2011.

BOARINI, Maria L.; YAMAMOTO, Oswaldo H. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**, São Paulo, v. 13, n.1, p. 59-72, 2004.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **SUS 20 anos**. Brasília: CONASS, 2009.

\_\_\_\_\_. **Constituição da República Federativa do Brasil, de 5 de outubro de 1988**. Brasília, DF, 5 de outubro de 1988.

\_\_\_\_\_. **Lei n° 8080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília, DF, 19 de setembro de 1990a.

\_\_\_\_\_. **Lei n° 8142, de 28 de dezembro de 1990**. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 28 de setembro de 1990b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **A construção de vidas mais saudáveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anais da VIII Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Anais do Seminário Nacional de Vigilância em Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Consolidado Histórico de Cobertura de Saúde da Família**. Disponível em: <<http://dab.saude.gov.br/abnumeros.php>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Norma Operacional do Sistema Único de Saúde - SUS 01/96**. Brasília, DF, 1996.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <[http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text\\_atencao.pdf](http://conselho.saude.gov.br/webpacto/text_atencao.pdf)>. Acesso em: 9 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/webpacto/volumes/07.pdf>>. Acesso em: 9 mar. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde (documento para discussão)**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 95, de 26 de janeiro de 2001**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS 01/2001. Brasília, 26 de janeiro de 2001a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 373, de 27 de fevereiro de 2002**. Norma Operacional da Assistência à Saúde – SUS 02/2002. Brasília, 27 de fevereiro de 2002e.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Portaria n° 545, de 20 de maio de 1993**. Estabelece normas e procedimentos reguladores do processo de descentralização da gestão das ações e serviços de saúde, através da Norma Operacional Básica – SUS 01/93. Brasília, DF, 20 de maio de 1993.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Promoção da saúde, um novo modelo de atenção**. Documento do Projeto do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento/PNUD. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Relatório da Comissão Nacional de Reforma Sanitária**. Brasília: Ministério da Saúde, 1986b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vamos promover nossa saúde?** Brasília: Ministério da Saúde, 2002d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Vigilância em saúde no SUS: fortalecendo a capacidade de resposta aos velhos e novos desafios**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006e.

BUSS, Paulo Marchiori. Desenvolvimento local integrado e sustentável como estratégia de uma “promoção da saúde radical” em Manguinhos, Rio de Janeiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **I Seminário Nacional de Informação e Saúde: o setor de saúde no contexto da sociedade da informação**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2000, p. 59-66.

\_\_\_\_\_. (org.). **Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Uma introdução do conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado (orgs.). **Promoção da**



**saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde de coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez. 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012431037.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

\_\_\_\_\_; PELLEGRINI FILHO, Alberto. A saúde e seus determinantes sociais. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, abr. 2007, p 77-93.

BYDLOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner S. **A saúde pública e a defesa da vida**. São Paulo: Editora Hucitec, 1991.

CAMPOS, Rodrigo Pires de. Políticas internacionais de saúde na era Vargas: o serviço especial de Saúde Pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 5, maio 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000500026&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000500026&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 4 dez. 2010.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2002.

CANDIOTTO, Cesar. Subjetividade e verdade no último Foucault. **Trans/Form/Ação**, Marília, v. 31, n. 1, 2008, p. 87-103. . Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0101-31732008000100005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0101-31732008000100005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 15 out. 2011.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA D.; Freitas C. M. (orgs.). **Promoção da saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-53.

\_\_\_\_\_. Georges Canguilhem y el estatuto epistemológico del concepto de salud. **História, Ciência e Saúde**, Rio de Janeiro, v. 4, n. 2, p. 217-307, 1997.

CAPONI, Sandra. Viejos y nuevos riesgos: en busca de otras protecciones. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, Jan. 2007a, p. 7-15. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2007000100002&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2007000100002&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 16 maio 2011.

CARMO, Miguel Ângelo. A est-ética foucautiana. **Ideação**, Feira de Santana, n. 4, p.169-192, jul./dez. 1999.

CARNEIRO, Angela Oliveira; GOMES, Nadirlene Pereira. Ações inter-setoriais para a promoção da saúde. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, p. 88-90, mar. 2004.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, set. 2004a, p. 669-678. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2009.

CARVALHO, Sérgio Resende de. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, ago. 2004b, p. 1088-1095. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2009b.

\_\_\_\_\_; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social e pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 1, p. 2029-2040, 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232003000100010&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232003000100010&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 15 maio 2008.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis: Vozes, 1998.

CASTIEL, Luis David; ALVAREZ-DARDET, Carlos. La salud persecutoria. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 3, p. 461-466, jun. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000300019&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000300019&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 jan. 2011.

CASTRO, Adriana Miranda de. A institucionalização da promoção da saúde. In: UNIÃO INTERNACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE. **Boletim da subregião Brasil**. Local: editora, 2005. Disponível em:

<<http://openlink.br.inter.net/vllima.orka/>>. Acesso em: 20 out. 2009.

CENTRO DE EDUCAÇÃO E ASSESSORAMENTO POPULAR. **Pacto pela saúde: possibilidade ou realidade?** Passo Fundo: IFIBE, 2007.

CHAUÍ, Marilena. **Convite à filosofia**. São Paulo: Ática, 1999.

CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-244, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2000000100025&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2000000100025&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2008.

CORREIA, Maria Valéria Costa. **O Conselho Nacional de Saúde e os rumos da política de saúde brasileira: mecanismo de controle social frente às condicionalidades dos organismos financeiros internacionais**. 2005. 342 f. Tese (Doutorado em Serviço Social) – Programa de Pós-graduação em Serviço Social, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, 2005.

COSTA, Jurandir Freire. **Ordem médica e norma familiar**. 2.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1983.

CZERESNIA, Dina. Do contágio à transmissão: uma mudança na estrutura perceptiva de apreensão da epidemia. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. IV, n. 1, p. 75-94, mar./jun. 1997.

\_\_\_\_\_. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: \_\_\_\_\_; FREITAS, Carlos Machado (orgs.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39–53.

DA ROS, Marco A. Políticas públicas de saúde no Brasil. In: BAGRICHEVSKI, Marcos (org.). **Saúde em debate na educação física**. Blumenau: Nova Letra, 2006, p. 44-66.

DELEUZE, Gilles. **Conversações, 1972-1990**. São Paulo: 34, 1992.

\_\_\_\_\_. ¿Qué es un dispositivo? In: BALBIER, Ernest *et al.* **Michel Foucault, filósofo**. 2.ed. Barcelona: Gedisa, 1990, p. 155-163.

DOBASHI, Beatriz Figueiredo *et al.* Viva seu bairro: em Campo Grande/MS a promoção da saúde percorre os caminhos da intersetorialidade. **Divulg. Saúde Debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 28-35, maio 2005.

DONZELOT, Jacques. **A polícia das famílias**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.

DRAIBE, Sônia M. As políticas sociais e o neoliberalismo. **Revista da USP**, São Paulo, n. 17, p. 86-101, 1993.

DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ESCOREL, Sarah; NASCIMENTO, Dilene Raimundo do; EDLER, Flávio Coelho. As origens da reforma sanitária e do SUS. In: LIMA, Nísia Trindade *et al.* (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectiva do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 59-91.

\_\_\_\_\_; TEIXEIRA, Luiz Antonio. História das políticas de saúde no Brasil de 1822 a 1963: do império ao desenvolvimentismo populista. In: GIOVANELLA, Lígia *et al.* (orgs.). **Políticas e sistemas de saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008, p. 333-384.

FARHI NETO, Leon. **Biopolítica em Foucault**. 2007. 164f. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Programa de Pós-graduação em Filosofia, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, SC, 2007.

\_\_\_\_\_. *Disciplina ou espetáculo?: uma resposta pela biopolítica.* **Revista Aulas**, Campinas, n. 3, p. 1-23, dez./mar. 2007.

FERREIRA, Marcos Artemio Fischborn. **Entre a norma institucional e a ação coletiva**: uma arqueologia da participação popular em saúde. 1992. 424f. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Universidade de Campinas, Campinas, SP, 1992.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David. Que empowerment, qual promoção da saúde?: convergências e divergências conceituais em práticas preventivas em saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 68-76, jan. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=pt)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FERREIRA NETO, João Leite *et al.* Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/10.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011

FIGUEIREDO, Luis Cláudio. **Matrizes do pensamento psicológico.** Petrópolis: Vozes, 1992.

FLEURY, Sonia (org.). **Saúde e democracia**: a luta do CEBES. São Paulo: Lemos, 1997.

FONSECA, Cristina M. Oliveira. **Saúde no governo Vargas (1930-1945)**: dualidade institucional de um bem público. Rio de Janeiro: Fio-cruz, 2007.

FOUCAULT, Michel. **A arqueologia do saber.** Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008a.

\_\_\_\_\_. *A ordem do discurso.* São Paulo: Loyola, 2006a.

\_\_\_\_\_. *Crise da medicina ou crise da anti-medicina.* In: MOTTA, Manoel Barros da (org.) **Foucault**: arte, epistemologia, filosofia, histó-

ria da medicina (Ditos e Escritos VII). Rio de Janeiro; São Paulo: Forense Universitária, 2011, p. 374-373.

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. Ética do cuidado de si como prática de liberdade. In: MOTTA, Manoel Barros da (org.) **Foucault: ética, sexualidade e política**. (Ditos e Escritos VII). Rio de Janeiro; São Paulo: Forense Universitária, 2004, p. 264-287.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988a.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade: o cuidado de si**. Rio de Janeiro: Graal, 1988c.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 1988b.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

\_\_\_\_\_. **Nascimento da biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008c.

\_\_\_\_\_. Omnes et singulatin. In: FOUCAULT, Michel; MOREY, Miguel. **Tecnologías del yo y otros textos afines**. Barcelona: Paidós, 1990a, p. 95-140.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994.

\_\_\_\_\_. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995a, p. 231-251.

\_\_\_\_\_. Resumo dos cursos do College de France: 1970-1982. Rio de Janeiro: Zahar, 1997b.

\_\_\_\_\_. Sobre a genealogia da ética: uma revisão do trabalho. In: DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995b, p. 231-251.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

\_\_\_\_\_. Tecnologías del yo. In: FOUCAULT, Michel; MOREY, Miguel. **Tecnologías del yo y otros textos afines.** Barcelona: Paidós, 1990b, p. 45-94.

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir:** nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1997a.

FRANCO, Túlio Batista. B. As redes na micropolítica do processo de trabalho em saúde. In: PINHEIRO, Roseni; MATOS, Ruben Araújo de. **Gestão em redes.** Rio de Janeiro: LAPPIS; IMS; UERJ; ABRASCO, 2006, p. 459-473.

FRANCO, Túlio Batista. **Reestruturação e transição tecnológica na saúde:** um olhar a partir do cartão nacional de saúde. 2003. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva, Universidade Estadual de Campinas, Capinas, SP, 2003.

FURTADO, Mariana Augusto. **Promoção da saúde:** pressupostos epistemológicos e seu alcance biopolítico. 2008. 57f. Dissertação (Mestrado em Psicossociologia) – Programa de Pós-graduação em Psicossociologia, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

GIOVANELLA, Ligia; ESCOREL, Sara; MENDONÇA, Maria Helena Magalhães. **Estudos de caso sobre a implementação da Estratégia Saúde da Família em grandes centros urbanos:** relatório final Florianópolis. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

GUIMARÃES, Márcia Alves. **As conferências internacionais da promoção da saúde e contribuições para a formação em saúde pública no Brasil:** a Faculdade de Saúde Pública como lócus de estudo. 2002. 256f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2002.

HAMILTON, Wanda; FONSECA, Cristina. Política, atores e interesses no processo de mudança institucional: a criação do Ministério da Saúde em 1953. **Hist. cienc. saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 10, n.

3, dez. 2003, p. 791-825. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-597020030003000002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-597020030003000002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em : 6 dez. 2010.

HOCHMAN, Gilberto. **A era do saneamento**: as bases da política de saúde pública. São Paulo: Hucitec; ANPOCS, 1998.

\_\_\_\_\_. Reformas, instituições e políticas de saúde no Brasil (1930-1945). **Educar**, Curitiba, n. 25, p. 127-141, 2005.

ILLICH, Ivan. L'obsession de la santé parfaite. **Le Monde Diplomatique**. Disponível em: <<http://www.monde-diplomatique.fr/1999/03/ILLICH/11802.HTML>>. Acesso em: 15 mar. 2008.

JUNQUEIRA, Virgínia. Controle social do Sistema Único de Saúde: alguns pontos para reflexão. In: BOTAZZO, Carlos; OLIVEIRA, Maria Aparecida (orgs.). **Atenção Básica no Sistema único de Saúde**: abordagem interdisciplinar para os serviços de saúde bucal. São Paulo: Páginas & Letras Editora e Gráfica, 2008, p. 155-163.

KAHHALE, Edna M. Peters. Psicologia na saúde: em busca de uma leitura crítica e uma atuação compromissada. In: BOCK, Ana Mercês Bahia (org.). **A perspectiva sócio-história na formação em psicologia**. Petrópolis: Vozes, 2003, p. 161-202.

KUJAWA, Henrique; BOTH, Valdevir; BRUTSCHER, Volmir. **Direito à saúde com controle social**. Passo Fundo: Fórum Sul de Saúde; CE-AP, 2003.

LE GOFF, Jacques. **História e memória**. 2.ed. Campinas: Unicamp, 1992.

LEMOS, Flavia Cristina Silveira. A análise documental como instrumento estratégico para Michel Foucault. In: PIMENTEL, Adelma *et al* (orgs.). **Itinerários de pesquisas em psicologia**. Belém: Amazonas, 2010, p. 95-118.

LIMA, Nísia Trindade. O Brasil e a Organização Pan-americana de saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, Jacobo



(org.). **Caminhos da saúde pública no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 23-116.

\_\_\_\_\_; FONSECA, Cristina. M. O.; HOCHMAN, Gilberto. A saúde na construção do Estado Nacional no Brasil: reforma sanitária em perspectiva histórica. In: \_\_\_\_\_ *et al.* (orgs.). **Saúde e democracia: história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005, p. 27-58.

LIMA, Telma Cristiane Sasso de; MIOTO, Regina Célia Tamaso. Procedimentos metodológicos na construção do conhecimento científico: a pesquisa bibliográfica. **Revista Katalysis**, Florianópolis, v. 10, p. 35-45, 2007.

LOPES, Rosane Carvalho. **Promoção da saúde na perspectiva da teoria educacional crítica: a relevância do empowerment, participação e dialogicidade**. 2008. 164f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, RJ, 2008. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0410358\\_08\\_pretextual.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0410358_08_pretextual.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

LUZ, Madel Therezinha. Duas questões permanentes em um século de políticas de saúde no Brasil republicano. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, 2000, p. 293-312. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000200006&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000200006&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 27 nov. 2010.

LUZ, Madel Therezinha. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de transição democrática - anos 80. *Physis*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 77-96, 1991.

MACÊDO, Carlyle Guerra de. **Notas para uma história recente da saúde pública na América Latina**. Brasília: OPS; OMS, 1997.

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

MACHADO, Roberto. Introdução. In: FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 1992.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100002)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

MATTOS, Ruben Araujo de. Princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) e a humanização das práticas de saúde. **Interface**, Botucatu, 2009, p. 771-780. Disponível em:

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000500028&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 13 mar. 2011.

MEHRY, Emerson Elias. A mutilação da Lei Orgânica da Saúde: vitória dos que desejam um povo mutilado. **Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 8-9, 1990.

\_\_\_\_\_. **Saúde**: cartografia do trabalho vivo em ato. São Paulo: Hucitec, 2002.

\_\_\_\_\_; FEUERWERKER, Laura Camargo Macruz. **Atenção domiciliar**: medicalização e substitutividade. Disponível em: <[http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao\\_e\\_substitutividade.pdf](http://www.hucff.ufrj.br/micropolitica/pesquisas/atencadomiciliar/textos/ad-medicalizacao_e_substitutividade.pdf)>. Acesso em: 18 maio 2011.

MENDES, Eugênio Vilaça. **As redes de atenção à saúde**. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2011.

MENDONÇA, Rita; INOJOSA, Rose Marie; COSTA, Jefferson. A promoção da saúde e as conexões pela vida. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p.3 4-48, jun. 2007.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil. In: FINKELMAN, Jacobo (org.). Caminhos da saúde pública no Brasil. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 235-314.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. Enfoque ecossistêmico de saúde e qualidade de vida. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza; MIRANDA, Ary. Carlos (orgs.). **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002, p. 173-89.

MOREY, Miguel. Introdução: la cuestión del método. In: FOUCAULT, Michel; \_\_\_\_\_. **Tecnologías del yo y otros textos afines**. Barcelona: Paidós, 1990, p. 9-44.

NOGUEIRA, Roberto Passos. A segunda crítica social da Saúde de Ivan Illich. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 185-190, fev. 2003. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832003000100022&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832003000100022&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 dez. 2009.

NUNES, Everardo Duarte. Henry Ernest Sigerist: pioneiro da história social da medicina e da sociologia médica. **Educación Médica y Salud**, Washington, v. 26, n.1, p.70-81, 1992.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: história de uma idéia e de um conceito. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 3, n. 2, p. 5-21, 1994. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12901994000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em 11 abr. 2011.

\_\_\_\_\_. Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2006, p. 295-315.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 13, n. 3, p. 423-431, maio/jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

ORGANIZACIÓN PANAMERICADA DE LA SALUD. **Plan decenal de salud para las Americas**. Santiago do Chile: OPAS, 1973.

PAMPLONA, Marco A. A revolta era da vacina? In: SCLIAR, Moacyr. **Saúde pública: histórias, políticas e revolta**. São Paulo: Scipione, 2002, p. 65-87.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a09v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007. Disponível em: <[http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo\\_saude/55/02\\_restrospectiva\\_historica.pdf](http://www.saocamilo-sp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf)>. Acesso em: 30 mai 2010.

PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo; PENTEADO, Regina Zanella; MARCELO, Vânia Cristina. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Mundo Saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.

PEREIRA, Luiza Helena. A voz do usuário no sistema hospitalar: ouvidorias. **Sociologias**, Porto Alegre, n. 7, jun. 2002, p. 92-121. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1517-45222002000100004&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-45222002000100004&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 03 jul. 2011.

PEREIRA, Mônica Rodrigues Saraiva. **Educação e empowerment no campo da promoção da saúde: revisão da literatura brasileira no período de 1997 a 2008**. 2009. 40f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <[http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2431/1/ENSP\\_Disserta%20a7%20a3o\\_Pereira\\_M%20nica\\_Rodrigues\\_Saraiva.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2431/1/ENSP_Disserta%20a7%20a3o_Pereira_M%20nica_Rodrigues_Saraiva.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

PILAGALLO, Oscar. **A História do Brasil no Século 20 (1980-2000)**. São Paulo: Publifolha, 2009.

PIRES-ALVES, Fernando Alves; PAIVA, Carlos Henrique Assunção. **Recursos críticos: história da cooperação técnica Opas-Brasil em recursos humanos para a saúde (1975-1988)**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.

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

\_\_\_\_\_. Uma genealogia das práticas de normalização nas sociedades ocidentais modernas. In: CAPONI, *et al* (org). **Medicalização da vida:**

ética, saúde pública e indústria farmacêutica. Palhoça, Unisul, 2010, p. 183-191.

RABELLO, Luciola Santos. **Promoção de saúde**: desafio ou adaptação?: a construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá. 2006. 193f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Estudos Comparados sobre a América, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1529](http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529)>. Acesso em: 30 nov.2011.

REVEL, Judith. **Michel Foucault**: conceitos essenciais. São Carlos: Claraluz, 2008.

ROCHA, Dais Gonçalves. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990**: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira. 2000. 252f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.

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

SANTOS, Boaventura de Souza. Reinventar a democracia: entre o pré-contratualismo e o pós-contratualismo. In: OLIVEIRA, Francisco de; PAOLI, Maria Célia. **Os sentidos da democracia**: políticas do dissenso e hegemonia global. 2.ed. Brasília: Vozes; NEDIC, 2000, p. 83-129.

SCATENA, João Henrique Gurtier; TANAKA, Oswaldo Yoshimi. Os instrumentos normalizadores (NOB) no processo de descentralização da saúde. **Saude Soc.**, São Paulo, v. 10, n. 2, dez. 2001, p. 47-74. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902001000200005&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902001000200005&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 25 maio 2011.

SCHRAMM, Roland Fermin. A saúde é um direito ou um dever?: auto-crítica da saúde pública. **Revista Brasileira de Bioética**, Brasília, v. 2, n. 2, p. 187-200, 2006.

SCLIAR, Moacyr. **Do mágico ao social**: trajetória da saúde pública. São Paulo: SENAC, 2002

SORJ, Bernardo. **A nova sociedade brasileira**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2000.

*STARFIELD, Bárbara. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; Ministério da Saúde, 2002.*

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAUJO, José Wellington Gomes. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.13, n.2, p. 5-19, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000200002&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000200002&lng=pt&nrm=iso)>. Acesso em: 12 maio 2008.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v.13, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2004.

\_\_\_\_\_; PAIM, Jairnilso Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Rev. Adm. Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov./dez. 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface Comun. Saúde Educ.** Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, maio-ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200004)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

TERRIS, Milton. Conceptos de la promoción de la salud: dualidades de la teoría de la salud pública. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. **Promoción de la salud: una antología**. Washington: OPAS, 1992, p.37-44.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/professores/acereis/Reflexoes%20sobre%20a%20promo%20da%20sa%20FAde%20numa%20perspectiva%20bio%20etica.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

VEYNE, Paul. M. **Como se escreve a história**: Foucault revoluciona a história. Brasília: Unb, 2008.

WESTPHAL, Márcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner Souza *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. São Paulo: Hucitec; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 635-668.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Discussion document on the concept and principles. In: \_\_\_\_\_. **Health promotion**: concepts and principles, a selection of papers presented at working group on concepts and principles. Copenhagen: Regional Office for Europe, 1984, p. 20-24.

\_\_\_\_\_. **Health promotion evaluation**: recommendations to policy-makers. Copenhagen: European Working Group on Health Promotion Evaluation, 1998

ZANCAN, Lenira; ADESSE, Leila. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 739-744, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a19v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

ZANELLA, Andrea. V. *et al.* Diversidade e diálogo: reflexões sobre alguns métodos de pesquisa em psicologia. **Interações**, São Paulo, v. XII, n. 22, p. 11-38, 2006.





## **APÊNDICE A - Promoção da produção da saúde no Brasil a partir de textos acadêmicos**

A consulta ao sítio da Biblioteca Virtual, no início do ano de 2009, trouxe o indicativo de uma vasta quantidade de publicações com os descritores “promoção da saúde” no cenário internacional. Incluindo os sistemas LILACS e MEDLINE da Biblioteca Virtual em Saúde BVS – MS,<sup>114</sup> foram encontradas mais de 40.000 produções cujas palavras-chave incluíam promoção da saúde. Sob o pressuposto de que promoção da saúde, de fato, se tratava de um enunciado que tinha reflexos no cenário nacional de seu modo de ocorrência internacional, optou-se pelo recorte da pesquisa apenas na LILACS.<sup>115</sup> Tal decisão se deu também fundamentada pelo interesse em melhor apreender como ocorria tal política no cenário brasileiro. Assim, a revisão bibliográfica empreendida na presente pesquisa, a partir da LILACS, se deu com os seguintes objetivos:

- a) identificar literaturas orientadoras da definição de documentos primários constituidores dos arquivos a serem analisados - instaladores dessa política no país;
- b) identificar literaturas que mostrassem como a promoção da saúde se constituiu enquanto uma política no cenário das práticas sociais no Brasil, a partir de sua instalação no cenário internacional;

---

<sup>114</sup> A BVS Brasil é integrante da Biblioteca Virtual em Saúde para a América Latina e Caribe e está disponível no sítio <<http://bvsmms.saude.gov.br/php/index.php>>.

<sup>115</sup> A LILACS - Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde - constitui o principal índice e repositório da produção científica e técnica em saúde. É fruto da cooperação entre 37 países da América Latina e do Caribe, complementa índices internacionais, como MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*) e *Web of Science*, nos quais são descritos e indexados teses, livros, capítulos de livros, anais de congressos, revistas, todos relacionados à saúde e disponíveis em três idiomas: português, espanhol e inglês. Dentre seus principais objetivos está o controle bibliográfico e a disseminação da literatura científico-técnica latino-americana e do Caribe na área da saúde.

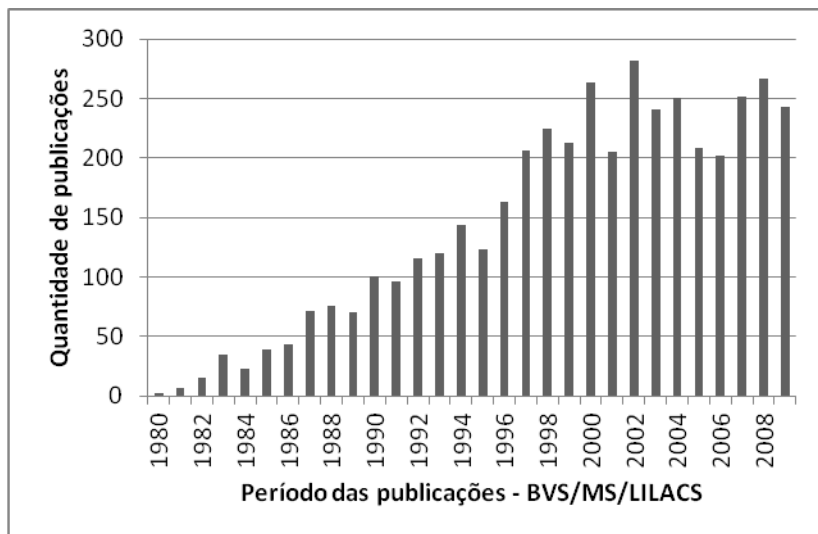
- c) identificar literaturas que levassem à identificação de documentos secundários para a compreensão dos documentos primários;
- d) identificar literaturas que analisassem a promoção da saúde como uma biopolítica (poder, biopoder, cuidado de si, objetivação e subjetivação).

Diante desses objetivos traçados, na pesquisa focada na LILACS identificou-se 4.340 publicações nacionais que continham “promoção de saúde” enquanto descritor de assunto.<sup>116</sup> Ainda que se considerasse serem necessários novos recortes para a revisão, os dados dessa primeira busca já permitiam alguma incursão sobre a grande mobilização institucional e acadêmica na produção de sua institucionalização. No Quadro 2, pode ser observado que a temática da promoção da saúde aparece de modo rarefeito enquanto tema no início da década de 1980 com duas publicações, mas tem sua ocorrência muitas vezes multiplicada ao longo dos anos, chegando, em 2000, a 263 publicações, e, em 2002, a 282. Ressalta-se que tais publicações se referem a artigos, teses, manuais ou relatórios etc.

---

<sup>116</sup> Vale ressaltar que foi identificado que algumas publicações tiveram o seu indexador de assunto definido pela própria BVS, por meio da organização dos Descritores em Saúde (DECS).

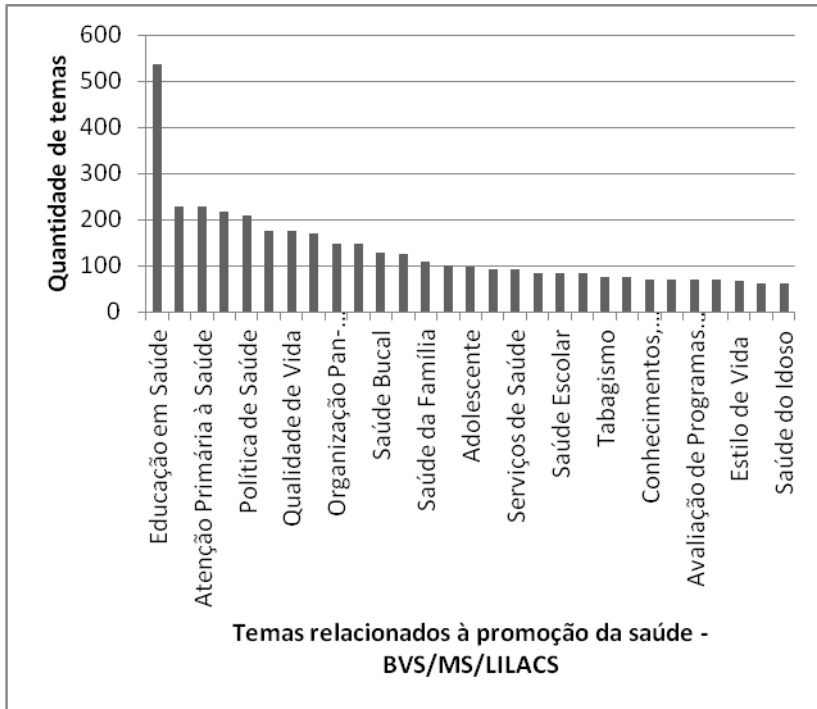
Quadro 2. Publicações com as palavras “promoção da saúde” no assunto presentes na Biblioteca Virtual em Saúde – LILACS - entre os anos de 1980 e 2009.



Elaborado pela autora

Na busca empreendida na LILACS, por meio da presença de “promoção da saúde” nas palavras-chave, à visível progressão de publicações, ao longo dos anos, pode ser acrescentada uma gama de temas que aparecem relacionados à promoção da saúde. No Quadro 3, é demonstrada essa diversidade de temas relativos às publicações em geral. A figura apresenta apenas os 29 temas com maior incidência no período de 1980 até o ano de 2009. Foram identificados ainda 1.828 temas que se apresentam conjuntamente à promoção de saúde no conjunto total de publicações. Entendeu-se assim a vastidão de produções que aliam promoção da saúde a uma diversidade de temas, tal como diz Carvalho (2004a, p. 677), em um dos artigos analisados: “em nome do consenso, a Promoção à Saúde pode significar ‘tudo para todos’”. Ou seja, a promoção da saúde povoa um conjunto de discursos muito presentes a quaisquer debates vinculados a “questões de saúde”.

Quadro 3 - Temas mais frequentemente relacionados à promoção da saúde em publicações com os descritores “promoção da saúde” no assunto, presentes na Biblioteca Virtual em Saúde - LILACS - no período de 1980 a 2009



Elaborado pela autora

Destaca-se que, sendo um dos objetivos da pesquisa identificar aquelas produções que relacionassem promoção da saúde com a perspectiva da biopolítica, foram encontrados entre esses 1.828 temas, um deles que relacionava promoção da saúde com poder (psicologia).<sup>117</sup> A

<sup>117</sup> No Índice de Descritores em Saúde (IDECS) os estudos que têm por base a análise do poder são intitulados como “poder (psicologia)”. No entanto, esse indexador não se refere à ideia de poder em qualquer sentido restrito, podendo se referir tanto a estudos que se propõe a analisar relações de poder, como os estudos de Michel Foucault, como a estudos sobre outras perspectivas, como as relativas a empoderamento.

partir da leitura dessas produções, artigos ou teses, decidiu-se manter cinco delas em destaque, a fim de serem incorporadas as decisões vindouras da revisão que se encontrava em curso.

Ainda no enfrentamento da vastidão de publicações, mas também buscando atender aos objetivos colocados para a revisão, manteve-se o período inicialmente determinado, qual seja, de 1980 a 2009, contudo optou-se pela análise dos artigos e teses,<sup>118</sup> excluindo-se folhetos explicativos, manuais e outros tipos de publicações. Nessa nova busca, foram localizados 2.025 artigos e 345 teses. Esses tiveram suas quantidades aumentando, ao longo dos anos, *pari passu* ao já indicado aumento das demais publicações.

Dentre esse conjunto de estudos, optou-se por analisar artigos e teses que abordassem “promoção da saúde” como descritor no assunto e, ao mesmo tempo, no título, buscando-se alcançar produções que discutiam mais diretamente promoção da saúde. Nessa nova busca, foram incluídas aquelas cinco produções oriundas dos temas que relacionavam promoção da saúde com poder (psicologia), as quais continham promoção da saúde dentre suas palavras-chave e, ao mesmo tempo, em seu título. Assim, chegou-se a 291 publicações, 225 artigos e 66 teses.

Os títulos, palavras-chave e resumos (estes últimos quando disponibilizados) foram lidos na íntegra. Procurando-se ainda identificar aqueles textos que se referiam diretamente à promoção da saúde enquanto uma política, adotou-se como critério para exclusão artigos e teses que apresentavam preocupação central com um caráter aplicativo do conceito, relacionado a uma população específica (crianças, idosos, obesos etc), uma especificidade profissional (médicos, enfermeiros, fisioterapeutas etc.) ou se referiam a uma situação (água, esgoto, habitação), ou ainda a alguma técnica ou procedimento localizado ou em avaliação. Foram alcançados assim 65 artigos e 8 teses ou dissertações e ainda 10 livros ou capítulos de livros) que foram mantidos na revisão. Passa-se agora a apresentar esse conjunto de estudos.

Em geral, as dissertações e teses têm a sua organização por meio de estudos teóricos, alguns documentais, e raras são as pesquisa de campo. Os artigos, em sua maioria, constituem-se de ensaios, não tendo sido encontrados muitos artigos que relatam pesquisas ou artigos de revisão. O estudo de Falcón, Erdmann e Backes (2008), contudo, enfrenta a temática da promoção da saúde e faz uma pesquisa acerca do

---

<sup>118</sup> O sistema LILACS compreende, dentro das publicações catalogadas como teses, também as dissertações e monografias. No presente trabalho, foram analisadas as teses e dissertações, excluindo-se as monografias.

processo de aprendizagem de enfermeiros acerca da temática da promoção da saúde. Para os autores, esse tema, confrontado com o imaginário do trabalho do enfermeiro, é considerado excessivamente filosófico para os alunos, trazendo dificuldades para o desempenho dos docentes. Claro já está que a temática da promoção tem uma ampla dispersão em estudos sobre diferentes populações e temáticas, quando desde então podem ser pensados como relevantes estudos de revisão sobre os elementos operacionais, práticos e os desdobramentos políticos dessa política de saúde.

Foram localizados alguns estudos de revisão que consideravam a promoção da saúde *in totum*, mas que buscavam associar a ela algum tema específico importante para a sua efetividade enquanto política, como, por exemplo, empoderamento ou educação. Esses serão analisados a seguir, conduzindo-se pela temática aliada à promoção da saúde. Apenas um estudo de revisão foi encontrado conduzido pela promoção da saúde na sua totalidade. Lira *et al.* (2009) desenvolvem um estudo sobre a produção científica em promoção da saúde nos cursos de pós-graduação do país. Com um caráter descritivo, sem aprofundar conceitos, as autoras que analisaram tal produção nos primeiros quatro anos da década de 2000, indicam dissenso sobre a delimitação do que seja promoção da saúde, mas, ao mesmo tempo, observam que ocorre uma produção progressiva sobre a temática. Essa ausência de revisões sobre a promoção da saúde leva a indicar a importância de organização de revisões sobre o que já se tem produzido.

Dadas as características dos estudos encontrados, bem como os objetivos traçados para a revisão, optou-se pela apresentação dos estudos focando seus objetivos mais gerais, quais sejam, a promoção da saúde enquanto uma política, não se atendo aos seus aspectos metodológicos, até mesmo porque, especialmente os artigos, na sua quase totalidade, não se tratavam de pesquisas, bem como muitos deles artigos apresentam uma sobreposição de papéis em seus autores, ou seja, muitos são os artigos em que seus autores fazem parte de alguma função estatal no setor saúde no país.

Assim, uma primeira possibilidade que se apresenta para a apresentação dos artigos encontrados refere-se a um conjunto de estudos que procuram dar uma institucionalidade para a promoção da saúde. Dentre esses, Buss e Carvalho (2009) realizaram um estudo documental sobre o processo de institucionalização da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos de SUS – um estudo com grande riqueza documental e legislativa para a compreensão da institucionalização da promoção da saúde. Os autores indicam também ser restrição para o desenvolvimento

teórico-prático da promoção da saúde, a segmentação administrativa e burocrática do Estado, quando se faz necessária para a intersectorialidade aí requerida, uma decisão suprasetorial - um pacto pela saúde operado nos planos institucional, programático e orçamentário. Anteriormente, outros estudos foram apresentados na linha de avaliação da política. Campos, Barros e Castro (2004) fizeram um artigo avaliativo das bases para a Política Nacional de Promoção da Saúde, que se encontrava em fase conclusiva. Indicam a necessidade de que essa política seja integrada por eixos temáticos relativos a modos de viver, condições e relações de trabalho e ambientes, nos quais devem ocorrer práticas intersectoriais, de educação, comunicação e integralidade. Na linha de se entender e afirmar uma institucionalidade para a promoção da saúde, é possível entrever nesses artigos uma afirmação da perspectiva intersectorial.

Na mesma direção de afirmação de uma institucionalidade de práticas em promoção da saúde, um conjunto de artigos foi identificado como textos que buscam debater sobre a promoção da saúde como um paradigma diferenciado no setor saúde (BUSS, 1998; 2000; 2003; LUZ, 2007). Nesses, sob a égide da qualidade de vida, a promoção da saúde é abordada como um tipo de retomada da ideia de séculos antes, sobre a saúde ser resultante das condições de vida, e é identificada como ‘moderna’ quando prioriza tais condições, e não os estilos de vida. A promoção da saúde é envolta em conteúdos afirmativos de políticas, que deve ser pautada na intersectorialidade como ferramenta operacional, a fim de “superar a visão isolada e fragmentada na formulação e implementação de políticas e na organização do setor saúde” (BUSS, 2000, p. 174). A institucionalidade da promoção da saúde ainda é vista sob a ideia de envolver uma ação ampla, que tem coró por parte das agências internacionais de saúde, sobretudo a OPAS, o que tem levado ao estabelecimento de uma agenda em saúde para o Brasil (BUSS, 1998; 2000; 2003; ROCHA, 2001; GUIMARÃES, 2002; PEDROSA, 2004; ZANCAN; ADESSE, 2004; BUSS; CARVALHO, 2009).

Em uma linha de debate sobre a institucionalidade para a promoção da saúde, mas problematizando como esta pode ser alcançada como um paradigma diferente para o setor saúde, Czeresnia (2003) e Traverso-Yépez (2007) destacam a necessidade de reflexão sobre as formas de atuar no campo da saúde, que envolva o problema da descon sideração da profunda iniquidade social do contexto brasileiro e da ética, quando do direcionamento para iniciativas limitadas a “grupos de risco”, ou à população *in totum*, enquanto práticas de controle social. Czeresnia (2003) também busca uma diferença entre prevenção e promoção e entende a dificuldade de diferenciação relacionada à própria essência da

medicina moderna positivista, e ao capitaneamento que essa exerce sobre o conceito de saúde. Além de indicar a VIII Conferência Nacional da Saúde como marco para pensar as possibilidades de uma política nessa direção, a autora indica a ética do sujeito como fundante dessas práticas, que não podem ocorrer por outro veículo que não seja o da opinião, da espontaneidade e da expressão das idéias, de um posicionamento, o que traz desafios para esse campo (CZERESNIA, 2003). Já Bydlowski, Westphal e Pereira (2004), numa análise política e econômica, indicam que a promoção da saúde não tem sido possível tendo em vista a hiperespecialização do conhecimento, a submissão gerada pelo estamento social, a despolitização da população pela penetração das ONGs e também por práticas que tem levado à culpabilização e centradas na medicalização.

Característica marcante nesse último conjunto de artigos é o lançamento de questionamentos das bases para a efetivação da promoção da saúde. Em resposta, são diversos os estudos que apontam uma consecução da promoção da saúde pautada em uma perspectiva de crítica às diferenças sociais, bem como nas limitações e interesses financeiros do modelo biomédico. Dytz *et al.* (1995) indicam o processo de reflexão como exercício para a assunção das pessoas pelos processos de saúde e doença, quando a reconexão homem-natureza deveria ser aliada nesse processo (MENDONÇA; INOJOSA, 2007). Apoiada nas limitações do modelo biomédico, na ampliação do conceito de saúde e na diferença entre prevenção e promoção, Alves, Arratia e Silva (1996) e Marcondes (2004) indicam a necessária participação intersetorial diante das situações de vida das pessoas e a transversalização da promoção da saúde nos níveis de atenção, e, além disso, a participação deve ser potencializador da mudança.

Nesse esforço de resposta à ideia de ser a promoção da saúde um paradigma novo no setor, alguns estudos revisitam ainda o debate filosófico e social. Um deles indica o conhecimento do senso comum como um caminho a ser percorrido nesse esforço, como o estudo desenvolvido por Keller e Tróccoli (1991). Depois há Rios *et al.* (2007), que indicam ser problemática a perspectiva positivista que não leva em conta as expectativas, percepções e crenças que as pessoas possuem sobre doenças. Carvalho (2004a, p. 676) indica como os discursos da promoção da saúde e seus enunciados teóricos “aparentemente inovadores, radicais e suficientes para efetivas mudanças no campo da Saúde – podem encobrir uma abordagem funcionalista e conservadora que favoreça o *status quo* e reforce a hegemonia do ideário da ordem neoliberal”, refletindo a ótica das formações neoliberais e individualistas. Nessa



mesma direção, Stotz e Araujo (2004) apresentam uma análise mais abrangente na perspectiva crítica para a promoção da saúde. Os autores abordam a exploração econômica que assolou países latino-americanos no pós-guerra, quando, diante de capitalismo avançado e mobilização de trabalhadores, a via do neoliberalismo tem a miséria como resultado em países como o Brasil, quando a OMS mantém dois planos discursivos: um conceitual e um pragmatismo operacional pautado na sanimetria. Esse conjunto de artigos, além das críticas, deixa estabelecido que existe um campo de forças em torno do que seja promoção da saúde.

Relacionada a esse conjunto de críticas colocadas, a conceitualização da promoção da saúde é objeto de vários estudos analisados. A imprecisão conceitual do que seja saúde já era identificada por Pereira (1992), que indica a partir dessa imprecisão a gravitação da promoção da saúde entre organização social e operadora de controle de doenças, sob responsabilidade individual. Mais recentemente, com a premissa da amplitude que requerem os direcionamentos postos para a promoção da saúde, Sícoli e Nascimento (2003) pesquisam os sete princípios da OMS caracterizadores da promoção da saúde e identificam que esses são universalizáveis e operacionalizáveis para ocorrerem em quaisquer espaços. Os autores questionam, então, qual pode ser o papel do setor saúde com relação à promoção da saúde. Relacionado a esse questionamento, Lefèvre e Lefèvre (2004) identificam ser a promoção da saúde uma inserção paradigmática exatamente pelo enfrentamento das causas básicas e estruturais do adoecer humano, quando os direcionamentos postos para a promoção da saúde na intersetorialidade trazem o risco de o setor saúde poder passar a ser o setor da doença, pela tendência em aí se concentrar suas ações. Fernandez *et al.* (2008), identificando se encontrar a promoção da saúde em uma discussão conceitual aberta, em virtude dos problemas da modernidade, entendem que a dinâmica social pode ser veículo para a equação da tensão entre os elementos instituídos e instituintes da vida social. Isso porque o debate em torno da promoção da saúde tem levado à desconstrução “da falaciosa institucionalização positiva, da negatividade do presentismo e da eficiência baseada na relação custo-benefício (FERNANDEZ *et al.*, 2008, p. 163). Já Almeida Filho e Andrade (2003) realizam um estudo propositivo de metodologia de compreensão dos fenômenos relativos à promoção da saúde. Para tanto, mostram as vicissitudes da consideração de saúde e doença em dar conta da dimensão individual e social relativa ao adoecimento, com objetivos de fazer a transposição dessas vicissitudes para a promoção da saúde. Defendem que os fenômenos da saúde-doença não “podem ser definidos como essencialmente uma questão clínica-individual ou biológica-

subindividual; não se podendo falar de saúde no singular, e sim de várias 'saúdes' (ALMEIDA FILHO; ANDRADE, 2003, p. 107). Para tanto, propõem articulação de referenciais epistemológicos e metodológicos em torno de uma halopatogênese, que abrange desde dimensões microestruturais do organismo até as simbólicas. Assim, a tentativa de conceituação do que seja promoção da saúde não se faz sem açambarcar o espaço aberto em que esta possa ocorrer, sujeita a forças de diversas ordens.

A interdisciplinaridade como modelo assistencial para a promoção da saúde é indicada como caminho de construção da operacionalização intersetorial (SEBASTIANI; PELICIONI; CHIATTONE, 1996; MENOSSE, 2005; GOMES, 2009). Isso na direção de que a promoção da saúde precisa ultrapassar a organização convencional da ciência em disciplinas autônomas e estanques, buscando novas modalidades da práxis científica. Sobre a interdisciplinaridade, também Raynaut (2002) indica a artificialidade dos recortes feitos pelas disciplinas diante do que a interdisciplinaridade se impõe para abordar as questões sobre saúde, tendo em vista o processo coletivo de produção de sentidos.

Além desse conjunto de estudos que dá mostras da promoção da saúde envolta em debates epistemológicos articulados a tensionamentos da política econômica para a sua consecução, um conjunto de estudos pode ser visto objetivado a avaliar o potencial da promoção da saúde no setor saúde em ser elemento transformador desse próprio setor. Rabello (2006) empreendeu um estudo comparativo da incorporação da proposta da promoção da saúde pelo Brasil e pelo Canadá. A comparação indica que a entrada do Brasil nas relações econômicas neoliberais trouxe dificuldades para maiores apropriações da promoção à saúde, sobretudo no tocante à equidade, sendo sua história a de um modelo de saúde de caráter individual. Já no Canadá, a história de acumulação de riquezas e antecedentes de participação política e cidadania apresentam-se como determinantes para as características inclusivas do setor saúde canadenses. Esse país, que também tem uma hegemonia do modelo médico de atendimento, alcança níveis de tensionamentos grandes por parte da sociedade civil organizada. Em um foco de avaliação da potencialidade da promoção da saúde para as transformações do setor saúde brasileiro ou política secundária, Gomes (2009), identifica que, além de haver sobreposição do que seja promoção ou prevenção, há uma predominância de ações de caráter individual na Política Nacional de Promoção da Saúde. Tais constatações ainda encontram dificuldades no tocante à avaliação das práticas que estão sendo realizadas, perfazendo a possibilidade de essa política ser secundária no setor saúde do país.

Nessa mesma linha de avaliação do potencial transformador da promoção da saúde, há ainda outro conjunto que parece estar presente nos discursos da Conferência Internacional de Promoção da Saúde, de Ottawa. Esses referem-se a diferentes termos colocados por essa conferência, tais como educação, território, atenção primária, empoderamento, cidades saudáveis, desenvolvimento local, ação comunitária, reorientação dos serviços de saúde (SILVA *et al.*, 2008). O texto de Silva e outros (2008) deixa entrever que esses conceitos podem ser destacados isoladamente ou aparecer de modo inter-relacionado. Tais conceitos, depois de Ottawa, passam a ser enfatizados pelas diversas outras conferências de Promoção da Saúde ocorridas, o que também gera efeitos na produção dos estudos analisados.

A atenção primária, enquanto um discurso de Ottawa, pode ser vista nos estudos de Denti (2000), Martins *et al.* (2009), sendo que este último estudo, com base na perspectiva de Paulo Freire, afirma ser a atenção básica o espaço para o qual devem convergir práticas participativas com vistas à promoção da saúde, sendo o espaço da atenção básica a principal forma de acesso a serviços de saúde (BUDÓ *et al.*, 2008). Oliveira (2008) mostra as variações da concepção de promoção da saúde para equipes de saúde da família, com decorrências nas práticas realizados no cotidiano de trabalho.

Por meio da participação, intersetorialidade e centramento no território, o desenvolvimento local é relatado por meio do Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável - o Programa DLIS-Manguinhos -, a partir do qual Zancan, Bodstein e Marcondes (2002) perfazem discussões sobre a necessária articulação da promoção da saúde com a perspectiva de desenvolvimento de territórios. Nessa mesma direção, Becker e outros (2004) descrevem um processo de desenvolvimento local, sendo que, baseados na perspectiva do empoderamento, realizaram um planejamento e intervenção em uma região de extrema pobreza no Rio de Janeiro. Por meio da participação *in totum* da população no processo, foi possível o alcance de correspondência aos problemas locais.

A intersetorialidade, que é considerada um modo de execução das práticas de promoção de saúde, pode ser vista em experiências relatadas com vistas à promoção da saúde (DOBASHI, *et al.*, 2005; CARNEIRO; GOMES, 2004) e é desafiada por Teixeira e Paim (2000) quanto ao seu planejamento, organização e gerenciamento, na conjugação de esforços de diversos setores. Para tanto, o enfoque estratégico situacional é indicado pelos autores, articulado à perspectiva de vigilância em saúde, tendo em vista um município saudável por meio da inter-

setorialidade. Para Carvalho *et al.* (2009), em estudo junto a trabalhadores do município de Goiânia, a intersectorialidade é identificada como importante para o alcance das ações da atenção básica, mas não é amplamente compreendida por esse nível de atenção em saúde.

Município saudável também é outro tema oriundo de Ottawa para o qual estudos têm sido despendidos (GENTILE, 2000; SACARDO, 2004), articulados também ao temário canadense de políticas públicas saudáveis (TEIXEIRA, 2004). O texto de revisão de Akerman *et al.* (2002) dedica-se a identificar estudos avaliativos do que fora designado de município saudável. Os autores destacam aqueles Municípios que, voltados à avaliação da promoção da saúde na efetivação, alcançam geração de conhecimentos.

A educação em saúde é um dos direcionamentos colocados pela Carta de Ottawa, de presença destacada nos estudos analisados. Vários deles partem da premissa da importância da educação para as ações de promoção da saúde no tocante à consecução de sujeitos históricos e atores de práticas sociais (PEREIRA, PENTEADO; MARCELO, 2000; PEDROSA, 2004; OLIVEIRA, 2005; PELICIONI; PELICIONI, 2007). Além disso, tendo em vista que confusões relativas ao termo educação em saúde e promoção têm gerado distorções nos países em desenvolvimento, Candeias (1997) indica os esforços para identificar os elementos caracterizadores da educação em saúde, que são individuais, enquanto a promoção tem caráter organizacional. Nessa mesma direção, a educação em saúde é herdeira das práticas higienistas e apresenta-se em uma abordagem tradicional de mudança de comportamento individual, de caráter normativo e médico centrado (OLIVEIRA, 2005), mas tem sido importante contribuinte na perspectiva da promoção da saúde no tocante aos objetivos de preparar os indivíduos para a cidadania, (PELICIONI; PELICIONI, 2007), sendo o diálogo e a comunicação fundamentos para tal (PELICIONI, PELICIONI; TOLEDO, 2008). Sobre esses últimos, Lopes (2008) e Oliveira (2005) cotejam a perspectiva de empoderamento fortemente relacionada à educação em saúde, diante do que Lopes (2008) indica a importância de abordagens educacionais e críticas, haja vista ser o foco do empoderamento a transferência do conhecimento e o desenvolvimento de potencialidades, enquanto que a participação apresenta-se predominantemente com o sentido de controle social.

O empoderamento passa a ser relacionado à Carta de Ottawa como método para a consecução da ação comunitária e ele é entendido por Carvalho (2004b) como necessariamente articulado à educação em saúde e reorientação para os serviços, desde que não seja voltado e desde que seja perspectivado no âmbito comunitário, e não individual. Nes-

sa mesma direção, Ferreira e Castiel (2009) e Pereira (2009) indicam ainda a crítica e a análise política das relações de poder na sociedade, bem como sua interdependência com a noção de participação com vistas à transformação social. Carvalho e Gastaldo (2008) indicam haver na promoção da saúde avanços em relação ao projeto behaviorista que lhe antecedeu e, em uma perspectiva crítico-social, afirmam o empoderamento social como potencializador de vida saudável para distintos grupos sociais. Depois, numa perspectiva pós-estruturalista, mostram o risco ao homem político, por considerar os processos micropolíticos de adestramento, disciplinamento e de manutenção do instituído. Na perspectiva de problematizar o empoderamento, Carvalho (2004a, 2004b), indica que ele pode assumir um caráter psicológico, que reforça o individualismo, e comunitário, que se contrapõe a propostas de regulação e controle social. Para o autor, o que é chamado de nova promoção da saúde trata-se de um esforço de atualização dos compromissos com a equidade social e os princípios democráticos da tradição da saúde pública. Esta é pautada pela linguagem dos novos movimentos sociais, “usando termos como auto-ajuda, equidade, colaboração, empowerment, participação, controle comunitário” (CARVALHO, 2004a, p. 676). Desse modo, alcançando amplo suporte, ainda mantida a objetivos oficiais, mascara “mudanças de relação de poder que envolva a redefinição dos direitos da cidadania” (CARVALHO 2004a, p. 676).

Na direção do empoderamento é que já se faz presente no cenário da promoção de saúde a defesa da causa da saúde – a advocacia em saúde. Para Canel e Castro (2008, p. 83), a Advocacia em Saúde faz-se “importante para promover o empoderamento, por parte da população, em relação às questões de saúde, não só para fazer valer o que já está legitimado, como também para tornar legítimo tudo o que é identificado como necessidade de saúde, justiça e inclusão social”. A discussão sobre o empoderamento, a partir das Conferências Internacionais sobre Promoção da Saúde, torna visível que esse é um conceito que reúne grande divergência, dado o campo de tensões onde se dá a promoção da saúde, motivo pelo qual pode ser difícil conhecer a direção do poder relacionado.

Dentre aqueles textos que se colocam a discutir a promoção da saúde numa perspectiva do biopoder, Ferreira Neto *et al.* (2009) demonstram, a partir de seus modos de instalação, a heterogeneidade com que se constituiu a promoção da saúde como um campo de discursos, práticas, saberes e poderes, atravessado por dimensões regulatórias e disciplinares, participativas e emancipatórias. Já Furtado (2008) indica que há uma busca por padronização de estilos de vida nos discursos de

promoção da saúde, quando a escolha individual é secundária na definição da qualidade de saúde da população. Diante disso, o grande desafio no campo da saúde é o de realizar uma crítica às versões atuais de autonomia, de caráter liberal, que requer indivíduos disciplinados e responsáveis por sua saúde, quando diferenças de natureza social e econômica encontram-se ligadas à desigualdade nas condições de vida da população.

A exiguidade dos estudos que perfazem a relação da promoção da saúde com o biopoder pode ser apoiada pelos estudos que tentam relacionar epidemiologia à promoção da saúde. Estes mantêm-se em uma análise crítica da promoção da saúde encaminhada na perspectiva dos adoecimentos, com decorrências políticas. Nessa direção, em uma articulação entre risco e controle social, Carvalho (2004a, p. 673) indica que risco, que é pautado por um tipo de conhecimento, “traduz valores em disputa, não sendo, portanto, um fenômeno estático e objetivo, mas constantemente construído e negociado como parte de uma rede de interações sociais e de construção de sentidos”, quando no arcabouço do saber médico, científico, epidemiológico e social é empregado como a verdade.

Ayres (2002) mostra a constituição do objeto da epidemiologia a partir da passagem do raciocínio probabilístico, envolvendo os contextos sanitários, à identificação de eventos patológicos isolados sobre as doenças. Para o autor, o instrumental epidemiológico tem o paradoxo de tomar a saúde como objeto de estudo, mas não validá-lo, sendo seus achados contributivos à prevenção, levando essa perspectiva a questões da saúde. O autor condiciona a epidemiologia dos números ao diálogo com uma diversidade de construções conceituais. Ayres e outros (2006) acrescem a esse estudo o conceito de vulnerabilidade como capaz de estabelecer o diálogo entre a epidemiologia e outras disciplinas no campo da saúde. Nessa mesma direção, Camponogara, Kirchhof e Ramos (2008), ao estudarem qualidade de vida e promoção da saúde na sociedade de risco, mostram os avanços da concepção ampliada de saúde em face do modelo biológico, mas também afirmam haver um atraso na consideração de questões ambientais que se centram em um viés epidemiológico, o que requer o envolvimento da multidimensionalidade relativa ao que seja social e subjetivo.

Já Souza e Grundy (2004), sob o argumento de que o conceito de promoção da saúde ainda se mostra envolto no modelo biomédico, propõem a articulação da promoção da saúde com a ideia de epidemiologia social, a fim de se ter o desvio dos fatores de risco e o exame do contexto social onde esses ocorrem. Para as autoras, a ideia de capital

social, relacionada à epidemiologia social, pode ser uma ferramenta para a consecução de promoção da saúde. Aerts e outros (2004) indicam ser profícua a convergência entre as propostas de vigilância em saúde – referenciada pelo conceito positivo de saúde –, e as da escola cidadã – que entende a educação como processo dialógico. Tal convergência explicita-se no alcance de princípios colocados pela Carta de Ottawa.

Chor e Faerstein (2000) inserem ao debate os princípios sistematizados por Geoffrey Rose, epidemiologista inglês, que indica ocorrer grande parte dos parâmetros biológicos em *continuum*, e não apresentar dicotomias entre expostos e não expostos, sendo impossível estabelecer um ponto de exposição abaixo do qual o risco seja nulo, até porque a maior parte dos casos dos agravos advém daqueles sujeitos que se encontravam em patamares de risco baixo. Os autores indicam ainda que, de acordo com o impacto das alterações modestas aos medianamente ou pouco expostos aos riscos no conjunto da população, pode ser maior o impacto do que o tratamento individual daqueles mais expostos aos riscos. Desse modo, a promoção da saúde deve ter como direção não aqueles que tenham maiores riscos de desenvolver a doença, mas ser destinada à população *in totum*.

Não diferente disso pode ser a articulação da ideia de promoção da saúde com os estudos sobre risco, que se fazem fortemente presentes em países da América Latina e em outras regiões periféricas ao desenvolvimento econômico. Nessa perspectiva, Caponi (2003) apresenta críticas à epidemiologia alinhada à ideia de risco calculado. A autora, com base na discussão sobre o normal e patológico de Georges Canguilhem, reflete sobre as dificuldades de se definir saúde. E exatamente na impossibilidade dessa definição, contrapõe os riscos enquanto eventos que podem trazer ações em saúde apenas com objetivos de controle comportamental. O debate acerca da perspectiva de riscos implica, para Verdi e Caponi (2004), reflexões na perspectiva da bioética. Para as autoras, podem ser identificadas duas tendências nas formulações conceituais sobre promoção da saúde, envolvendo estas a responsabilidade e a autonomia dos sujeitos. A primeira, de enfoque comportamental, é centrada em fatores de risco, mudanças de hábitos, que pode levar à culpabilização dos sujeitos. A segunda, relativa a políticas públicas e condições favoráveis à saúde, considera centrais os determinantes gerais sobre as condições de saúde relacionadas com a qualidade de vida individual e coletiva.

Estudos também buscam estabelecer algum diálogo da vigilância em saúde com a promoção da saúde. Paim (2003), perfazendo a precaução de que não se tome a vigilância em saúde como estratégia de

controle, mostra como a identificação de potenciais riscos pode ser importante para as ações em saúde. Para tanto, essa perspectiva precisa alcançar elaborações conceituais, uma vez que se dá de modo empírico. É relacionado a isso que Freitas (2003, p. 153) desenvolve questionamentos acerca das possibilidades de uma “vigilância em saúde no caso brasileiro, uma sociedade que se encontra inserida na periferia do sistema capitalista mundial”, afirmando que esse setor deve desenvolver ações que transcendam os dados. Nessa mesma perspectiva, O’Dwyer (2007), com foco na atenção básica, aborda a importância da parceria dos profissionais de saúde, incluindo os de vigilância sanitária, com a população, buscando-se uma perspectiva de atenção que envolva ao mesmo tempo a dimensão biológica e social. Depreende-se dos autores que as metodologias de vigilância esperam pelos avanços requerem avanços e funcionamentos alternativos ao modelo hegemônico médico-assistencial com tendências privatistas, como possibilidade de incorporar de outra forma “métodos, técnicas e instrumentos provindos da epidemiologia e das ciências sociais” (PAIM, 2003, p. 163-164).

No enfrentamento ao risco, Silva e outros (2005) indicam que, diante do aumento de famílias vivendo em condições adversas, aumentam os desafios para a ação em promoção da saúde. Diante dessas condições, algumas delas não manifestam sequelas mais sérias, demonstrando resiliência e históricos anteriores de cuidado e aceitação de apoio social diferenciados, os quais se constituem como indicadores importantes para as práticas em promoção da saúde. Nessa mesma direção, Noronha e outros (2009) apresentam o conceito de resiliência como uma nova perspectiva para a promoção da saúde da família, que não apresenta consenso e foi recentemente incorporado ao debate da promoção da saúde. A ideia de resiliência pode ser pensada de acordo com os autores, seja no enfrentamento da doença e dos riscos, ou nas intervenções da equipe.

Ayres (2004), em um estudo dedicado a refletir sobre a avaliação no contexto da promoção da saúde, traz à tona desafios práticos aí relacionados na esfera científica que são maiores ainda na orientação e legitimação de práticas em saúde. Para tanto, articula uma perspectiva do que seja cuidado, que envolve encontro entre sujeitos, em que a construção de si mesmo e do outro se fazem presentes. Para tanto, indica princípios para o cuidado com vistas a uma avaliação da positividade formativa dos projetos de saúde, em contraste com as chamadas avaliações normativas. Em uma direção propositiva da avaliação, Pedrosa (2004), a partir da abrangência dos significados que a promoção apresenta, entende a avaliação condicionada aos níveis de institucionalização



pelos acordos internacionais, legislativos infraconstitucionais, como a Lei nº 8080/90 e a NOB/96, e junto aos movimentos sociais. Indica a avaliação construtivista e a da roda de diálogos para a avaliação em promoção da saúde que seja dispositivo de aprendizagem, uma vez que essas práticas podem se assumir voltadas à perspectiva de risco, articulada a desenvolvimento sustentado e para a intersectorialidade.

Além da já constatada introdução dos discursos da promoção da saúde de modo progressivo no cenário social brasileiro, sobretudo a partir da década de 1980, a leitura dessas produções possibilitou a identificação dos documentos que passaram a constituir as fontes primárias da pesquisa, ou seja, aquelas fontes que constituiriam os arquivos a serem analisados. Nesse sentido, as produções identificadas com objetivos relacionados a conferir uma institucionalidade são as mais contribuintes nesse processo. Entre elas podem ser destacadas as produções de Buss (1998; 2000; 2003) e, sobretudo, o texto de Buss e Carvalho (2009). As literaturas acerca da avaliação em promoção da saúde também foram contribuintes, sobretudo os textos de Pedrosa (2004) e Ayres (2004).

A leitura desses textos também possibilitou a identificação de documentos secundários, uma vez que conduziram a compreensão de diferentes acontecimentos na instalação da política de promoção da saúde. Muitos dos próprios estudos analisados passaram a se constituir como fontes secundárias, como os trabalhos de Czeresnia (2003), e Carvalho (2004a), por exemplo.

Também foi possível, a partir da revisão empreendida, identificar como a promoção da saúde se constituiu enquanto uma política no cenário das práticas sociais no Brasil, a partir de sua instalação no cenário internacional. A leitura dessas produções (artigos e teses) - estudos históricos ou conceituais - possibilitou identificar, primeiramente, uma grande mobilização institucional na direção de se ter estabelecida tal política. Destaca-se que, a partir da década de 1990, pode ser vista uma escalada da produção sobre a temática da produção da saúde. Do mesmo modo, na produção acadêmica, há grande reflexo do estabelecimento da promoção da saúde entre práticas sociais encaminhadas pelo Estado, sobretudo a partir de enunciados colocados pela Carta de Ottawa. A produção sobre a temática, contudo, também apresenta críticas acerca da manutenção de um modelo preventivista e prescritivo, aliado à promoção da saúde, que, a princípio, perspectivava práticas de saúde ampliadas, voltadas ao modo de vida das pessoas.

Por último, foi possível identificar uma exiguidade de literaturas que analisassem a promoção da saúde articulada relacionada a uma

estratégia biopolítica (poder, biopoder, cuidado de si, objetivação e subjetivação). Foi possível identificar apenas três estudos diretamente articuladores dessas perspectivas. Contudo, a discussão sobre a epidemiologia relacionada à promoção da saúde, que quase sempre se dá sobre a crítica aos estudos de risco, mostrou-se fértil e com aproximações a compreensões da promoção da saúde como uma estratégia biopolítica.

## REFERÊNCIAS

AERTS, Denise *et al.* Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, Ago. 2004, p. 1020-1028. Disponível em <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000400017&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400017&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em 2 dez. 2011.

AKERMAN, Marco; MENDES, Rosilda; BÓGUS, Cláudia Maria; WESTPHAL, Márcia Faria; BICHIR, Aluisio; PEDROSO, Mylene Lyra. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável” **Rev. Saúde Pública**, v.36, n.5, p. 638-646, out. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v36n5/13156.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

ALMEIDA FILHO, Naomar de Almeida; ANDRADE, Roberto Fernandes Silva. Halopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p. 97-115.

ALVES, Elieonai Dornelles; ARRATIA, Alejandrina; SILVA, Denise M. Guerreiro V. Perspectiva histórica e conceitual da promoção da saúde. **Cogitare enferm**, v.1, n.2, p. 2-7, jul.-dez, 1996.

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. **Rev. Bras. epidemiol**, v. 5 n. 1, p.28-42, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5n1/05.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

\_\_\_\_\_. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, v.9, n.3, p.583-592, jul.-set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a06v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov.2011.

\_\_\_\_\_. *et al.* Risco: vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.*. **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p. 375-417.

BECKER, Daniel *et al.* Empowerment e avaliação participativa em um programa de desenvolvimento local e promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 655-667, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a12v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

BUDÓ, Maria de Lourdes Denardin *et al.* Qualidade de vida e promoção da saúde na perspectiva dos usuários da estratégia de saúde da família. **Online braz. j. nurs.**, Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 57-68, abr. 2008.

BUSS, Paulo Marchiori. Desenvolvimento local integrado e sustentável como estratégia de uma “promoção da saúde radical” em Manguinhos, Rio de Janeiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **I Seminário Nacional de Informação e Saúde: o setor de saúde no contexto da sociedade da informação**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2000, p.59-66.

\_\_\_\_\_. (org.). **Promoção da saúde e a saúde pública: contribuição para o debate entre as escolas de saúde pública da América Latina**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1998.

\_\_\_\_\_. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, p. 163-177, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csc/v5n1/7087.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2011.

BUSS, Paulo Marchiori. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: **CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 15-38.

\_\_\_\_\_; CARVALHO, Antonio Ivo de. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, dez. 2009. Disponível em: <<http://redalyc.uaemex.mx/pdf/630/63012431037.pdf>>. Acesso em: 30 nov.2011.

BYDŁOWSKI, Cynthia Rachid; WESTPHAL, Márcia Faria; PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo. Promoção da saúde: porque sim e porque ainda não! **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 14-24, jan./abr.

2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n1/03.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CAMPONOGARA, Silviomar; KIRCHHOF, Ana Lúcia Cardoso; RAMOS, Flavia Regina Souza. Perspectivas para a qualidade de vida e a promoção da saúde no contexto da sociedade de risco. **Ciênc. cuid. saúde**, Maringá, v. 7, n. 4, p. 551-557, out./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/6673/3923>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CAMPOS, Gastão Wagner; BARROS, Regina Benevides de; CASTRO, Adriana Miranda de. Avaliação de política nacional de promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 745-749, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a20v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CANDEIAS, Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 31, n. 2, p. 208-213, abr. 1997. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89101997000200016&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 2 dez. 2011.

CANEL, Regina Célia; CASTRO, Cláudio Gastão Junqueira de. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. **Rev. direito sanit.**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 74-85, mar./jun. 2008. Disponível em: <[http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-41792008000100006&script=sci\\_arttext](http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?pid=S1516-41792008000100006&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CAPONI, Sandra. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003, p. 39-54.

CARNEIRO, Angela Oliveira; GOMES, Nadirleone Pereira. Ações inter-setoriais para a promoção da saúde. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 30, p.88-90, mar. 2004.

CARVALHO, Antonio Ivo de. Princípios e prática da promoção da saúde no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 4-5, jan. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v24n1/00.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CARVALHO, Maria Fernanda *et al.* Intersetorialidade: diálogo da política nacional de promoção da saúde com a visão dos trabalhadores da atenção primária em Goiânia - Brasil. **Tempus Actas de Saúde Coletiva**, Brasília, v. 3, n. 3, p. 44-55, jul./set. 2009.

CARVALHO, Sérgio Resende. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e à mudança social. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, set. 2004a. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2009.

CARVALHO, Sérgio Resende de. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de promoção à saúde. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, ago. 2004b, p. 1088-1095. Disponível em: <[http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000400024&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 11 nov. 2009b.

\_\_\_\_\_; GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, sup. 2. rio de janeiro, p. 2029-2040, dez. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1413-81232008000900007&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 16 nov. 2009.

CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 241-244, jan./mar. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v16n1/1583.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

CZERESNIA, Dina; Freitas. O conceito de saúde e a diferença entre a prevenção e a promoção. In. \_\_\_\_\_. FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003, p. 39-54.

DENTI, Irany Achilles. Programa de saúde da família: suas possibilidades e limites na promoção da saúde e do trabalho com a família. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 699-713, maio/ago. 2000.

DOBASHI, Beatriz Figueiredo *et al.* Viva seu bairro: em Campo Grande/MS a promoção da saúde percorre os caminhos da intersetorialidade. **Divulg. Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 2, p. 28-35, maio 2005.

DYTZ, Jane Lynn Garrison *et al.* Teoria crítica como estratégia pra a promoção da saúde. **Rev. saúde Dist. Fed.**, Brasília, v. 6, n. 1, p. 21-24, jan./jul 1995.

FALCÓN, Gladys Carmela Santos; ERDMANN, Alacoque Lorenzini; BACKES, Dirce Stein. Significados do cuidar na promoção da saúde. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 3, p. 419-424, maio/jun. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt\\_14.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v16n3/pt_14.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FERNANDEZ, Juan Carlos Aneiros *et al.* Promoção da saúde: elemento instituinte? **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 17, n. 1, p. 153-164, jan./mar. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902008000100014](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000100014)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David. Que empowerment, qual promoção da saúde?: convergências e divergências conceituais em práticas preventivas em saúde. **Cad. saúde pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 68-76, jan. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000100007&lng=pt)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FERREIRA NETO, João Leite *et al.* Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456-466, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/10.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

FREITAS, Carlos Machado de. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.141-159.

FURTADO, Mariana Augusto. **Promoção da saúde**: pressupostos epistemológicos e seu alcance biopolítico. 2008. 57f. Dissertação (Mestrado

em Psicossociologia) – Programa de Pós-graduação em. Psicossociologia, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

GENTILE, Marilena. **Promoção da saúde: possibilidade e aplicabilidade:** município saudável como “locus” de execução. 2000. 149f. Tese (Doutorado em Saúde Pública.) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2000.

GOMES, Mauro de Lima. **Política nacional de promoção da saúde:** potência de transformação ou política secundária. 2009. 91f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Formação Humana, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <[http://www.bdt.uerj.br/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=2227](http://www.bdt.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=2227)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

GUIMARÃES, Márcia Alves. **As conferências internacionais da promoção da saúde e contribuições para a formação em saúde pública no Brasil:** a Faculdade de Saúde Pública como lócus de estudo. 2002. 256f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2002.

KELLER, Mary. L.; TRÓCCOLI, Bartholomeu. T. Uso do modelo do senso comum na promoção da saúde. **Psicol. ter. pesqui**, Brasília, v. 7, n. 2, p. 189-199, 1991.

LEFEVRE, Fernando.; LEFEVRE, Ana Maria Cavalcanti. **Promoção de saúde: a negação da negação.** Rio de Janeiro: Vieira e Lent, 2004.

LIRA, Samira Valentim Gama *et al.* Produção científica sobre promoção da saúde nos cursos de pós-graduação brasileiros. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 437-445, jul./set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v18n3/08.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

LOPES, Rosane Carvalho. **Promoção da saúde na perspectiva da teoria educacional crítica:** a relevância do empowerment, participação e dialogicidade. 2008. 164f. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-graduação em Educação, Pontifícia Universidade Católica do



Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2008. Disponível em: <[http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0410358\\_08\\_pretextual.pdf](http://www2.dbd.puc-rio.br/pergamum/tesesabertas/0410358_08_pretextual.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

LUZ, Madel Therezinha. É a promoção da saúde um novo paradigma? In: \_\_\_\_\_ . **Ordem social, instituições e políticas de saúde no Brasil**: textos reunidos. Rio de Janeiro: CEPESC; IMS; LAPPIS; ABRASCO, 2007, p. 217-225.

MARCONDES, Willer Baumgarten. A convergência de referências na promoção da saúde. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 5-13, jan./abr. 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-12902004000100002](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902004000100002)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

MARTINS, Poliana Cardoso *et al.* Democracia e empoderamento no contexto da promoção da saúde: possibilidades e desafios apresentados ao Programa de Saúde da Família. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 679-694, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300007&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000300007&script=sci_arttext)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

MENDONÇA, Rita; INOJOSA, Rose Marie; COSTA, Jefferson. A promoção da saúde e as conexões pela vida. **Divulg. saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 39, p. 34-48, jun. 2007.

MENOSSE, Maria José *et al.* Interdisciplinaridade: um instrumento para a construção de um modelo assistencial fundamentado na promoção da saúde. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 252-256, maio/ago. 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a17.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

NORONHA, Maria Glícia Rocha da Costa e Silva *et al.* Resiliência: nova perspectiva na promoção da saúde da família? **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 497-506, mar./abr. 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232009000200018&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000200018&lng=pt)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

O'DWYER, Gisele; TAVARES, Maria de Fátima Lobato; DE SETA, Marismary Horst Fonte. O desafio de operacionalizar as ações de vigilância sanitária no âmbito da promoção da saúde e no locus saúde da família. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 11 n. 23, p. 467-484, set./dez. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000300006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000300006)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A “nova” saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Distrito Federal, v. 13, n. 3, p. 423-431, mai./jun. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v13n3/v13n3a18.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

OLIVEIRA, Mariângela Rosa de. **A promoção da saúde na estratégia saúde da família**: a realidade de uma regional de saúde de Fortaleza, CE. 2008. 36f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2008.

PAIM, Jairnilson Silva. Vigilância da saúde: dos modelos assistenciais para a promoção da saúde. **In: CZERESNIA, Dina; FREITAS, Carlos Machado de. Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003, p.161-174.

PEDROSA, José Ivo dos Santos. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 617-626, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a09v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

PELICIONI, Maria Cecília Focesi; PELICIONI, Andréa Focesi. Educação e promoção da saúde: uma retrospectiva histórica. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007. Disponível em: <[http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo\\_saude/55/02\\_restrospectiva\\_historica.pdf](http://www.saocamilosp.br/pdf/mundo_saude/55/02_restrospectiva_historica.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

\_\_\_\_\_; PELICIONI, Andréa Focesi; TOLEDO, Renata Ferraz de. A educação e a comunicação para a promoção da saúde. **In: ROCHA, A-**

ristides Almeida; CESAR, Chester Luiz Galvão. **Saúde pública: bases conceituais**. São Paulo: Atheneu, 2008, p. 165-177.

PEREIRA, Isabel Maria Teixeira Bicudo; PENTEADO, Regina Zanella; MARCELO, Vânia Cristina. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 24, n. 1, p. 39-44, 2000.

PEREIRA, Mônica Rodrigues Saraiva. **Educação e empowerment no campo da promoção da saúde: revisão da literatura brasileira no período de 1997 a 2008**. 2009. 40f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <[http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2431/1/ENSP\\_Disserta%  
c3%a7%c3%a3o\\_Pereira\\_M%c3%b4nica\\_Rodrigues\\_Saraiva.pdf](http://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/2431/1/ENSP_Disserta%c3%a7%c3%a3o_Pereira_M%c3%b4nica_Rodrigues_Saraiva.pdf)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

PEREIRA, Rosane Carrion Jacinto. Promoção da saúde e prevenção de doenças: responsabilidade individual ou responsabilidade social. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 26, n. 3, p. 345-350, dez. 1992.

RABELLO, Luciola Santos. **Promoção de saúde: desafio ou adaptação?: a construção social do conceito, de Alma-Ata aos dias atuais, no Brasil e no Canadá**. 2006. 193f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais) – Programa de Pós-graduação em Estudos Comparados sobre a América, Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <[http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde\\_busca/arquivo.php?codArquivo=1529](http://bdtd.bce.unb.br/tesesimplificado/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1529)>. Acesso em: 30 nov.2011.

RAYNAUT, Claude. Interdisciplinaridade e promoção da saúde: o papel da antropologia. Algumas idéias simples a partir de experiências africanas e brasileiras. **Rev. Bras. Epidemiol.**, São Paulo, v. 5, n.1, p. 43-55, nov. 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v5s1/06.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

RIOS, Ediana Rabello Girão *et al.* Senso comum, ciência e filosofia: elo dos saberes necessários à promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, p. 501-509, mar./abr. 2007. Disponível em:

<[http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232007000200026&lng=pt](http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200026&lng=pt)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

ROCHA, Dais Gonçalves. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990**: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira. 2000. 252f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Programa de Pós-graduação em Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, SP, 2001.

SACARDO, Daniele Pompei. Das políticas públicas às políticas públicas saudáveis: contribuições para a promoção da saúde. **Mundo saúde**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 5-13, jan./mar. 2004.

SEBASTIANI, Ricardo Werner; PELICIONI, Maria Cecília F; CHIATTONE, Heloisa B. C. A psicologia da saúde latino-americana frente à promoção da saúde. **Mundo saúde**, São paulo, v. 27, n. 3, p. 337-351, jul./set. 2003.

SÍCOLI, J. L.; NASCIMENTO, P. R. Promoção da saúde: conceitos, princípios e práticas. **Interface: Comunic, Saúde, Educ.**, Botucatu, v. 7, n. 12, p. 91-112, 2003.

SILVA, Juliana Guimarães e *et al.* Promoção da saúde: possibilidade de superação das desigualdades sociais. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 421-425, jul./set. 2008. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/sde/resources/lil-503220>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

SILVA, Marta Regina Santos da *et al.* Resiliência e promoção da saúde. **Texto & contexto enferm.**, Florianópolis, v. 14, p. 95-102, 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072005000500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000500012&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

SOUZA, Elza Maria de; GRUNDY, Emily. Promoção da saúde, epidemiologia social e capital social: inter-relações e perspectivas para a saúde pública. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 5, p. 354-360, set./out. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v20n5/30.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

STOTZ, Eduardo Navarro; ARAUJO, José Wellington Gomes. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 2, p. 5-19, maio/ago. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/sausoc/v13n2/02.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

TEIXEIRA, Carmen Fontes. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Soc.**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2004.

\_\_\_\_\_; PAIM, Jairnilso Silva. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. **Rev. adm. pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, p. 63-80, nov./dez. 2000.

TRAVERSO-YÉPEZ, Martha. Dilemas na promoção da saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface comun. saúde educ.**, Botucatu, v. 11, n. 22, p. 223-238, maio/ago. 2007. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832007000200004](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832007000200004)>. Acesso em: 30 nov. 2011.

VERDI, Marta; CAPONI, Sandra. Reflexões sobre a promoção da saúde numa perspectiva bioética. **Texto & contexto enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 1, p. 82-88, jan./mar. 2005. Disponível em: <<http://www.fag.edu.br/professores/acereis/Reflexoes%20sobre%20a%20promo%20E7%E3o%20da%20sa%20FAde%20numa%20perspectiva%20bio%20E9tica.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

ZANCAN, Lenira; ADESSE, Leila. Informe sobre a cooperação Brasil-Canadá em promoção da saúde. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 739-744, jul./set. 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n3/a19v09n3.pdf>>. Acesso em: 30 nov. 2011.

\_\_\_\_\_; BODSTEIN, Regina; MARCONDES, Willer B. **Promoção da saúde como caminho para o desenvolvimento local: a experiência em Manguinhos-RJ**. Rio de Janeiro: Abrasco, 2002.

WESTPHAL, Marcia Faria. Promoção da saúde e prevenção de doenças. In: CAMPOS, Gastão Wagner de Sousa *et al.* **Tratado de saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006, p.635-667.



**APÊNDICE B - Roteiro de leitura: objetivação e subjetivação dos sujeitos (arqueologia do saber e genealogia do poder e genealogia da ética)**

**Data de análise:** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Documentos publicados a partir da década de 80 no processo de redemocratização do país, quando do estabelecimento do discurso da promoção de saúde.		
Identificação do documento	Título	
	Base de dados	
	Referência	
	Data e origem	
	Tema central	
	Objetivos	
		Conteúdos dos documentos/eixos de análise/séries enunciativas
Análise Arqueológica	<p><b>FORMAÇÃO DOS OBJETOS</b>  A superfície primeira  As instâncias de delimitação  As grades de especificação</p>	
	<p><b>MODALIDADES ENUNCIATIVAS</b>  Quem fala?  De que lugar institucional é falado?  As posições do sujeito é a daquele que é fala conforme os discursos dos movimentos (capturados pelo Estado)</p>	
	<p><b>FORMAÇÃO DE CONCEITOS</b>  As formas de sucessão na ordem das séries enunciativas  As formas de sucessão relativas a esquemas retóricos  As formas de coexistência  As formas de coexistência enquanto campos de concomitância  As formas de coexistência enquanto campos de memória</p>	

	<p>ESTRATÉGIAS</p> <p>Pontos de difração</p> <p>Economia da constelação discursiva</p> <p>Função exercida pelo discurso</p>	
Análise genealógica do poder	Jogos biopolíticos, governo medicalizado da vida – normalização biopolítica	
	Objetivação e subjetivação dos sujeitos	
	Modos de sujeição, cristalização de relações cotidianas de poder, coerções	
Análise Genealógica da ética	Atos e condutas dos sujeitos	
	Trabalho realizado sobre si	
	Linhas de fuga em face das práticas (práticas de liberdade)	
	Estetização e produção de sujeito moral	
	Reconhecimento enquanto sujeito da norma nos próprios corpos	
	<p>Outros destaques</p> <p>Relações com políticas públicas e leis</p>	



## **APÊNDICE C - Arquivo com documentos primários: documentos que instalam a política nacional de promoção da saúde**

### **1 DOCUMENTOS RELATIVOS AO PROCESSO DE DEMOCRATIZAÇÃO DAS AÇÕES DE (PROMOÇÃO) DA SAÚDE**

#### **1.1 RELATÓRIO FINAL DA 8ª CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE**

Este documento contém o relatório final da Oitava Conferência Nacional da Saúde. Foi organizado pela Comissão Nacional da Reforma Sanitária (CNRS), criada nessa mesma conferência. Inclui discursos de autoridades, como a do então Presidente da República na 8ª Conferência Nacional de Saúde, a Portaria Interministerial que criou a CNRS e os pronunciamentos dos Ministros da Saúde, da Previdência e Assistência Social e Educação sobre a Reforma Sanitária. A coletânea inclui também o documento que serviu de base para as Ações Integradas de Saúde e implantação dos Distritos Sanitários, enquanto encaminhadores da Reforma Sanitária brasileira (BRASIL, 1986).

#### **1.2 CONSTITUIÇÃO FEDERAL DE 1988**

A CF 88 procedeu ao declínio do regime militar e foi promulgada às vésperas das eleições diretas para a Presidência da República. A votação de seu texto se deu em cenários de grande mobilização popular, que envolveu processos de discussão dos parlamentares com suas bases, o que ficou chamado de Processo Constituinte. Resultado desse processo é que o texto desta Carta Magna ficou intitulado de “Constituição Cidadã”. No tocante à saúde, na Constituição, seus enunciados se dão sob o estandarte e no capítulo da Seguridade Social, incluindo-se evidentemente conteúdos que tratam da administração pública, por exemplo. Os artigos 196 a 200 tratam da matéria da saúde, que, diferentemente da Constituição anterior, de 1967, em pleno regime militar, confere ser a saúde um direito das pessoas e dever do Estado, devendo ser desenvolvida por meio de princípios de universalidade, equidade e integralidade da assistência (BRASIL, 2002).

### 1.3 LEI Nº 8080, DE 19/9/1990, E LEI Nº 8142, DE 28/12/1990

A primeira dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. A segunda dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Essas leis têm caráter de diretrizes gerais nacionais e buscam dar corpo à doutrina constitucional do SUS. Ambas formam a Lei Orgânica da Saúde (LOS), pois foram feitas com o objetivo de regulamentar as diretrizes constitucionais. Junto com a Constituição, construíram-se gradativamente as regras estratégicas e tácitas operativas de organização do SUS no país (Normas Operacionais Básicas e outras legislações).

### 1.4 NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/91<sup>119</sup>

Editadas pelo Ministério da Saúde, a NOB 91, a NOB 93 e a NOB 96 têm função de operacionalização, organização, aperfeiçoamento e funcionamento do SUS. A NOB 91 teve a importância na redefinição da lógica de financiamento e de organização do sistema, instituindo um sistema de pagamento por produção de serviços. Com ela foi possível o repasse direto e automático de recursos do fundo nacional aos fundos estaduais e municipais de saúde. Uma parte desses recursos, 50%, era destinada por critérios populacionais, e a outra, de acordo com o perfil epidemiológico, com o perfil demográfico, com a capacidade instalada, com a complexidade da rede de serviços de saúde e com a contrapartida financeira.

---

<sup>119</sup> As Normas Operacionais definem critérios para que Estados e Municípios se habilitem a receber recursos federais. Tal habilitação é condicionada ao cumprimento de requisitos e à assunção de responsabilidades referentes à gestão do sistema de saúde. As normas constituem-se de Portarias do Ministério da Saúde, mas seus conteúdos foram definidos de forma compartilhada entre o Ministério e os representantes do Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e do Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS) (BRASIL, 2003).

#### Quadro 4 - Norma operacional básica 01/91

A Norma Operacional Básica do SUS 01/91 (NOB/SUS 01/91) foi editada pela da Resolução do INAPMS nº 258, de 7 de janeiro de 1991, e reeditada com alterações pela resolução do INAMPS nº 273, de 17 de julho de 1991, publicadas no Boletim de Serviço daquele Instituto.

Os principais pontos da NOB/SUS 01/91 são:

- Equipara prestadores públicos e privados, no que se refere à modalidade de financiamento que passa a ser, em ambos os casos, por pagamento pela produção de serviços;
- Centraliza a gestão do SUS no nível federal (INAMPS);
- Estabelece o instrumento convenial como forma de transferência de recursos do INAMPS para os Estados, Distrito Federal e Municípios.
- Considera como “municipalizados” dentro do SUS, os municípios que atendam os requisitos básicos:
  - (a) criação dos Conselhos Municipais de Saúde;
  - (b) criação do Fundo Municipal de Saúde;
  - (c) Plano Municipal de Saúde aprovado pelos respectivos Conselhos;
  - (d) Programação e Orçamentação da Saúde (PROS) como detalhamento do Plano de Saúde;
  - (e) Contrapartida de recursos para a saúde do seu orçamento;
  - (f) Constituição de Comissão de Elaboração do Plano de Carreira, Cargos e Salários (PCCS) com o prazo de dois anos para a sua implantação.
- Instituiu a Unidade de Cobertura Ambulatorial (UCA) destinada a reajustar os valores a serem repassados aos Estados, Distrito Federal e Municípios. A cobertura ambulatorial anual é obtida da multiplicação do valor da UCA pela população de cada unidade da federação;
- Modifica o sistema de pagamento aos prEstadores de serviços (entidades filantrópicas, hospitais universitários, entidades contratadas e conveniadas) com a implementação do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA/SUS).

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p. 28-29.

#### 1.5 NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/93

A NOB 93 criou critérios diferenciados para a habilitação dos Municípios, bem como critérios para as formas de repasse dos recursos financeiros segundo o tipo de gestão implantado (incipiente, parcial, semiplena).

#### Quadro 5 - Norma Operacional Básica 01/93

A Norma Operacional Básica do SUS 01/93 (NOB/SUS 01/93) foi editada pela Portaria GM/MS nº 545, de 20 de maio de 1993. Formalizou os princípios aprovados na 9ª Conferência Nacional de Saúde (realizada em 1992), que teve como tema central “a municipalização é o caminho”, e desencadeou um amplo processo de municipalização da gestão com habilitação dos municípios nas condições de gestão criadas (incipiente, parcial e semiplena). Os principais pontos da Norma Operacional Básica são:

- Cria transferência regular e automática (fundo a fundo) do teto global da assistência para municípios em gestão semiplena;
- Habilita municípios como gestores;
- Define o papel dos Estados de forma frágil, mas esses, ainda assim, passam a assumir o papel de gestor do sistema estadual de saúde;
- São constituídas as Comissões Intergestores Bipartite (de âmbito estadual) e Tripartite (nacional) como importantes espaços de negociação, pactuação, articulação, integração entre gestores.

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p. 29.

#### 1.6 NORMA OPERACIONAL BÁSICA 01/96

##### Quadro 6 - Norma Operacional Básica 01/96

A NOB/SUS 01/96 promoveu um avanço no processo de descentralização, criando novas condições de gestão para os municípios e Estados, caracterizando as responsabilidades sanitárias do município pela saúde de seus cidadãos e redefinindo competências de Estados e municípios.

Os objetivos gerais da Norma Operacional Básica 01/96 foram:

- Promover e consolidar o pleno exercício por parte do poder público municipal, da função de gestor da atenção à saúde de seus habitantes com a respectiva redefinição das responsabilidades dos Estados, Distrito Federal e União.
- Caracterizar a responsabilidade sanitária de cada gestor, diretamente ou garantindo a referência, explicitando um novo pacto federativo para a saúde;
- Reorganizar o modelo assistencial, descentralizando aos municípios a responsabilidade pela gestão e execução direta da atenção básica de saúde;

- Aumentar a participação percentual da transferência regular e automática (fundo a fundo) dos recursos federais a Estados e municípios, reduzindo a transferência por remuneração de serviços produzidos;
- Fortalecer a gestão do SUS, compartilhada e pactuada entre os governos municipais, estaduais e federais, por meio das Comissões Intergestores Bipartite e Tripartite como espaços permanentes de negociação e pactuação entre gestores;

Entre as principais características observadas na NOB/SUS 01/96, temos:

- Transfere aos municípios, habilitados como Plena da Atenção Básica, os recursos financeiros com base per capita relativos a esta responsabilidade, criando o PAB (Piso Assistencial Básico), repassado fundo a fundo de forma regular e automática e com base em valor nacional per capita para a população coberta;
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de média complexidade ambulatorial (Fração Ambulatorial Especializada - FAE);
- Reorganiza a gestão dos procedimentos de alta complexidade ambulatorial com a criação da Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade/Custo (APAC);
- Incorpora as ações de Vigilância Sanitária, criando o Incentivo para as ações básicas de Vigilância Sanitária;
- Incorpora as ações de Epidemiologia e Controle de Doenças;
- Promove a reorganização do modelo de atenção, adotando-se como estratégia principal a ampliação de cobertura do Programa de Saúde da Família e Programa de Agentes Comunitários de Saúde, com a criação de Incentivo financeiro;

Aprimora o planejamento e define a elaboração da Programação Pactuada e Integrada (PPI);

- Define as responsabilidades, prerrogativas e requisitos das Condições de Gestão Plena da Atenção Básica e Plena de Sistema Municipal de Saúde para os municípios, e Avançada do Sistema Estadual e Plena de Sistema Estadual para os Estados.

### **Alterações na Norma Operacional Básica 01/96**

A NOB/SUS 01/96 foi editada em 5 de novembro de 1996, por meio da portaria GM/MS nº 2.203. Vários aspectos deveriam ser imediatamente regulamentados para viabilizar sua implantação, como, por exemplo, os requisitos e instrumentos para habilitação, implantação de nova tabela do SIA/SUS, o valor do PAB, o Fator de Ajuste, a PPI, o Cartão SUS, a Vigilância Sanitária, as Ações de Epidemiologia e Controle de Doenças e a data do início de repasse automático fundo a fundo do PAB. Entretanto, em dezembro de 1996, houve a substituição do Ministro Adib

Jatene pelo Ministro Carlos Albuquerque, gerando uma reorientação na condução do Ministério da Saúde e uma rediscussão sobre alguns conceitos contidos na versão original da NOB/SUS 01/96, principalmente em relação ao PAB e o financiamento necessário para a sua implementação.

A Instrução Normativa 01/97, editada em 15 de maio de 1997, regulamentou o processo, fluxos, requisitos e instrumentos de comprovação para Estados e municípios se habilitarem às novas condições de gestão da NOB/SUS 01/96.

Discussões entre o Ministério da Saúde, Estados e municípios sobre o financiamento do SUS e a implantação da NOB/SUS 01/96 consumiram quase todo o ano de 1997. Em dezembro de 1997 e janeiro de 1998, o Ministério da Saúde publicou um conjunto de portarias regulamentando a implementação da NOB/SUS 01/96.

As principais alterações introduzidas na NOB/SUS 01/96 foram:

- O conceito original do PAB foi modificado. Deixou de ser Piso Assistencial Básico e passou a ser chamado de Piso da Atenção Básica, ampliando sua abrangência;
- A portaria 1.882/97 definiu uma parte fixa e uma parte variável do novo PAB;
- O Valor Nacional da Parte Fixa do PAB foi definido em R\$ 10,00 per capita/ano a ser transferido fundo a fundo regular e automática aos municípios habilitados na NOB/SUS 01/96;
- Foi criado o “valor máximo da Parte Fixa do PAB”, estipulado em R\$18,00 habitante/ano na reunião da CIT de 27 de janeiro de 1998;
- Foi criada a Parte Variável do PAB, que correspondia a incentivos destinados às seguintes ações e programas:
  - (a) Programa de Agentes Comunitários de Saúde;
  - (b) Programa de Saúde da Família;
  - (c) Programa de Combate às Carências Nutricionais;
  - (d) Ações Básicas de Vigilância Sanitária;
  - (e) Assistência Farmacêutica Básica;
  - (f) Ações Básicas de Vigilância Epidemiológica e Ambiental;
- Como Incentivo às Ações de Vigilância Sanitária, foi definido um valor R\$ 0,25 habitante/ano para complementar o custeio das ações já incluídas na parte fixa do PAB;
- Foi definida uma nova tabela do SIA/SUS.

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p. 29-32.

## 1.7 NORMA OPERACIONAL DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE NO- A/SUS 01/2001

A NOB 96 representou um avanço importante no modelo de gestão do SUS, principalmente no que se refere à consolidação da municipalização, responsabilizando os Municípios pelo atendimento das demandas de saúde. Revogou os modelos anteriores de gestão propostos, sugerindo aos Municípios o enquadramento em dois novos modelos: Gestão Plena de Atenção Básica e Gestão Plena do Sistema Municipal. Por meio da NOB, também ficou acordado que os Municípios recebem recursos, na forma de incentivo, para assistência farmacêutica básica, saúde da família, agentes comunitários, carência nutricional, vigilância sanitária e epidemiológica. Quando da Gestão Plena do Sistema, os Municípios habilitados recebem recursos de assistência ambulatorial e hospitalar fundo a fundo, além daqueles oriundos da assistência básica. Para tanto, os sistemas de informação, tais como Sistema de Informação de Mortalidade, Sistema de Informação de Nascidos Vivos e Sistema de Informação de Agravos de Notificação deveriam ser alimentados mensalmente.

### Quadro 7 - Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS/SUS 01/2001

Em face de problemas observados durante a implementação da NOB/SUS 01/96, entre os quais podemos citar a questão da definição das responsabilidades, do planejamento e organização do sistema, e da resolutividade e acesso a serviços, estabeleceu-se um amplo processo de discussão entre os gestores, que resultou na publicação da Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/01 (NOAS/SUS 01/01), instituída pela portaria GM/MS nº 95, de 26 de janeiro de 2001.

A publicação da NOAS/SUS 01/01 é o resultado de um longo processo de negociação, que envolveu o Ministério da Saúde, o Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS) e o Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS). O conjunto de estratégias apresentadas na NOAS/SUS 01/01 articula-se em torno do pressuposto de que, no atual momento da implantação do SUS, a ampliação das responsabilidades dos Municípios na garantia de acesso aos serviços de atenção básica, a regionalização e a organização funcional do sistema são elementos centrais para o avanço do processo.

O objetivo da NOAS/SUS 01/01 é “promover maior equidade na alocação de recursos e no acesso da população às ações e serviços de saúde em todos os níveis de atenção”. Estabelece o processo de Regionaliza-

ção como estratégia de hierarquização dos serviços de saúde e de busca de maior equidade. Institui o Plano Diretor de Regionalização (PDR) como instrumento de ordenamento do processo de regionalização da assistência em cada Estado e no Distrito Federal, baseado nos objetivos de definição de prioridades de intervenção coerentes com a necessidade da população e garantia de acesso dos cidadãos a todos os níveis de atenção à saúde. Cabe às secretarias de Saúde dos Estados e do Distrito Federal a elaboração do PDR, em consonância com o Plano Estadual de Saúde, devendo o mesmo ser aprovado pela Comissão Intergestores Bipartite e pelo Conselho Estadual de Saúde. O PDR deve ser elaborado na perspectiva de garantir o acesso aos cidadãos, o mais próximo possível de sua residência, a um conjunto de ações e serviços vinculados a:

- (a) assistência pré-natal, parto e puerpério;
- (b) acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil;
- (c) cobertura universal do esquema preconizado pelo PNI para todas as faixas etárias;
- (d) ações de promoção da saúde e prevenção de doenças;
- (e) tratamento de intercorrências mais comuns na infância;
- (f) atendimento de afecções agudas de maior incidência;
- (g) acompanhamento de pessoas com doenças crônicas de alta prevalência;
- (h) tratamento clínico e cirúrgico de casos de pequenas urgências ambulatoriais;
- (i) tratamento dos distúrbios mentais e psicossociais mais frequentes;
- (j) controle de doenças bucais mais comuns;
- (k) suprimento e dispensação dos medicamentos da farmácia básica.

Uma das partes integrantes do PDR é o Plano Diretor de Investimentos (PDI), que visa identificar prioridades e desenvolver estratégias de investimento de forma a promover a equalização da oferta de recursos assistenciais em todos os níveis de complexidade. Na elaboração do PDR, um dos passos mais importantes é a definição dos conceitos-chave, a ser feita de acordo com a realidade de cada Estado. São eles:

- Região de Saúde – base territorial de planejamento de atenção à saúde, a ser definida pela Secretaria de Estado da Saúde, de acordo com as especificidades e estratégias de regionalização da saúde em cada Estado, considerando as características demográficas, sócioeconômicas, sanitárias, epidemiológicas, oferta de serviços, entre outras. Dependendo do modelo de regionalização adotado, um Estado pode se dividir em regiões e/ou microrregiões de saúde.
- Módulo Assistencial – é o espaço territorial que disponha da resolutividade correspondente ao primeiro nível de referência, podendo ser



constituído por um ou mais municípios, com área de abrangência mínima a ser estabelecida para cada Unidade Federada. O Módulo Assistencial deve apresentar uma das seguintes características:

(a) conjunto de municípios entre os quais há um Município-Sede habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal (observar alterações na NOAS/SUS 01/02) com capacidade de ofertar a totalidade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01, com suficiência para sua população e para a população de outros municípios a ele adscritos; ou

(b) um município em Gestão Plena do Sistema Municipal com capacidade para ofertar com suficiência a totalidade dos procedimentos constantes do anexo 3 da NOAS/SUS 01/01 para a sua própria população, quando não necessitar desempenhar o papel de referência para outros municípios.

- Município-Pólo de uma região ou microrregião – é aquele que de acordo com a definição da estratégia de regionalização de cada Estado, apresente papel de referência para outros municípios, em qualquer nível de atenção.

- Microrregião de Saúde – é a unidade territorial mínima para qualificação na assistência à saúde, que deverá dispor de complexidade assistencial acima do exigido para os Módulos Assistenciais, sendo que esta definição deverá ser feita no âmbito estadual.

O Plano Diretor de Regionalização servirá de base e subsidiará o processo de qualificação das microrregiões de saúde. No que diz respeito à ampliação do acesso e da qualidade da atenção básica, a NOAS/SUS 01/01 instituiu a Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada, e define como áreas de atuação estratégicas mínimas para a habilitação nesta condição o controle da tuberculose, a eliminação da hanseníase, o controle da hipertensão arterial, o controle da *diabetes mellitus*, a saúde da criança, a saúde da mulher e a saúde bucal. Para o financiamento do elenco de procedimentos da atenção básica ampliada, foi instituído o PAB-Ampliado, e seu valor fixado em R\$10,50 habitante/ ano.

A NOAS/SUS 01/01 definiu um conjunto mínimo de procedimentos de média complexidade como primeiro nível de referência intermunicipal, com acesso garantido a toda a população no âmbito microrregional, ofertados em um ou mais módulos assistenciais. Esse conjunto mínimo de serviços de média complexidade compreende as atividades ambulatoriais, de apoio diagnóstico e terapêutico e de internação hospitalar. O financiamento federal das ações ambulatoriais é feito com base em um valor *per capita* nacional (R\$6,00 habitante/ano). Ao longo do processo de qualificação das microrregiões, o Ministério da Saúde adicionará

recursos ao Teto Financeiro das UF para cobrir a diferença entre os gastos atuais com esses procedimentos e o montante correspondente ao per capita nacional multiplicado pela população.

No Capítulo que trata do Fortalecimento da Capacidade de Gestão no SUS, é definido que as UF deverão encaminhar ao Ministério da Saúde uma versão consolidada da Programação Pactuada e Integrada (PPI). Cabe às SES a coordenação da programação pactuada e integrada no âmbito do Estado. A PPI aprovada pela Comissão Intergestores Bipartite deverá nortear a alocação de recursos federais da assistência entre municípios pelo gestor estadual, resultando na definição de limites financeiros claros para todos os municípios do Estado, sendo que o limite financeiro de cada município será composto por duas parcelas separadas: recursos destinados ao atendimento da população própria e recursos destinados ao atendimento da população referenciada de acordo com as negociações expressas na PPI.

Nos casos em que os serviços de referência estiverem localizados em municípios localizados em municípios habilitados em Gestão Plena de Sistema Municipal, os mesmos devem se comprometer com o atendimento da população referenciada subscrevendo com o Estado um Termo de Compromisso para Garantia de Acesso. Este termo tem como base o processo de programação e contém as metas físicas e orçamentárias das ações definidas na PPI.

A NOAS/SUS 01/01 estabeleceu as responsabilidades, requisitos e prerogativas dos gestores municipais e estaduais. A partir de sua publicação os municípios puderam se habilitar em duas condições: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada e Gestão Plena de Sistema Municipal de Saúde. Os Estados puderam se habilitar em duas condições: Gestão Avançada do Sistema Estadual e Gestão Plena de Sistema Estadual.

A Nota Técnica CONASS nº 23, de 13 de agosto de 2001, apresentou uma síntese dos passos operacionais para a implantação da NOAS/SUS 01/01.

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p. 32-36.

## 1.8 NORMA OPERACIONAL DA ASSISTÊNCIA À SAÚDE - NOAS/SUS 01/2002

A NOAS 01/02, com suas modificações, é a portaria atual que busca normatizar a assistência à saúde. Do ponto de vista estratégico, centra sua força na regionalização (divisão do território estadual em regiões e módulos assistenciais), como forma de organizar hierarquica-

mente os serviços de saúde e aumentar a equidade. Essa estratégia é um esforço de garantir o acesso, o mais próximo possível da residência, de todas as ações e serviços a todos os cidadãos de forma qualificada. Conforme a NOAS 01/02, as ações de saúde são organizadas por meio do nível básico, ações de média complexidade e ações e serviços de alta complexidade (KUJAWA, 2003).

#### Quadro 8 - Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOA/SUS 01/2002

A Norma Operacional da Assistência à Saúde 01/02 (NOAS/SUS 01/02) foi instituída pela portaria GM/MS nº 373, de 27 de fevereiro de 2002. É o resultado dos encaminhamentos estabelecidos na reunião da Comissão Intergestores Tripartite, realizada em 22 de novembro de 2001. Naquela data, foi firmado um acordo entre o CONASS e CONASEMS, contemplando propostas relativas ao comando único sobre os prestadores de serviços de média e alta complexidade e fortalecimento da gestão dos Estados sobre as referências intermunicipais, notadamente no que diz respeito à explicitação e mecanismos de acompanhamento dos recursos federais referentes ao atendimento da população não residente que busca atendimento no município de referência.

As principais modificações na NOAS/SUS 01/01 introduzidas pela NOAS/SUS 01/02 foram:

- O município-sede de módulo assistencial pode estar habilitado em Gestão Plena de Sistema Municipal, quando em situação de comando único municipal, ou em Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPABA), quando em situação de comando único estadual;
- Estabeleceu que o Limite Financeiro da Assistência de cada Estado, assim como do DF, no que couber, independente de sua condição de gestão, deverá ser programado e apresentado da seguinte forma:
  - (a) Relação de todos os municípios da UF, independentemente da sua condição de gestão;
  - (b) Condição de gestão do município ou nível de governo responsável pelo comando único de média e alta complexidade;
  - (c) Parcela de recursos financeiros para o atendimento da população residente sob gestão municipal;
  - (d) Parcela de recursos financeiros para atendimento das referências intermunicipais;
  - (e) Parcela de recursos financeiros para atendimento da população residente sob gestão estadual;
  - (f) Outros recursos sob gestão estadual, alocados nos municípios ou na SES;

(g) Limite Financeiro Global da UF, somas dos itens C, D, E, e F.

- Estabeleceu que cabe aos Estados a gerência de unidades públicas de hemonúcleos/hemocentros e de laboratórios de referência para controle de qualidade, Vigilância Sanitária e Vigilância Epidemiológica e gestão sobre o sistema de hemonúcleos/hemocentros (públicos e privados) e laboratórios de saúde pública.

- Foi estabelecida como prerrogativa dos Estados habilitados na NOAS/SUS 01/02 a transferência regular e automática dos recursos correspondentes ao financiamento *per capita* do conjunto mínimo de serviços de média complexidade M1 em regiões ou microrregiões qualificadas, nos casos em que o município-sede do módulo assistencial estiver habilitado em GPABA.

A Nota Técnica do CONASS número 2, de 20 de março de 2002, apresentou um detalhamento das principais alterações introduzidas pela NOAS/SUS 01/02.

Fonte: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Para entender a gestão do SUS**. Brasília: CONASS, 2003, p. 36-37.

A NOAS organiza formas de repasse de recursos e cria instrumentos de gestão para os três níveis de atenção, que devem ser baseados no plano de gestão nacional, estadual e municipal. A NOAS cria para os Municípios duas condições de habilitação: Gestão Plena da Atenção Básica Ampliada (GPAB-A) - o Município assume a responsabilidade de elaboração do plano municipal de saúde, que deve ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, que deve ter uma agenda articulada às agendas nacional e estadual e ter o quadro de metas; Gestão Plena do Sistema Municipal (GPSM) - o município assume a responsabilidade de elaboração do plano municipal de saúde, que deverá ser aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde, contendo a agenda nacional e estadual de saúde, além do quadro de metas. Requisitos importantes para o controle social tanto para se qualificar na GPABA como na GPSM: comprovar a operação do Fundo Municipal de Saúde e comprovar o funcionamento do Conselho Municipal de Saúde (KUJAWA, 2003).

## 1.9 SAÚDE DA FAMÍLIA: UMA ESTRATÉGIA PARA REORIENTAÇÃO DO MODELO DE ASSISTÊNCIA

Tal documento visa indicar os direcionamentos para o Programa da Saúde da Família, indicando ser esse uma estratégia, pois embora intitulado como programa, o PSF, “foge à concepção usual dos demais programas concebidos no Ministério da Saúde, já que não é uma inter-

venção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde” (BRASIL, 1997, p. 8). Tal estratégia é indicada no documento com vistas à reversão do modelo assistencial vigente e para que tenha a atenção básica como o espaço para o estabelecimento de vínculos e a criação de laços de compromisso e de co-responsabilidade entre os profissionais de saúde e a população. No documento é indicado o trabalho do PSF enquanto estratégico junto aos Agentes Comunitários de Saúde, de modo que a família se torne o objeto de atenção, entendida a partir do ambiente onde vive, pois “mais que uma delimitação geográfica, é nesse espaço que se constroem as relações intra e extrafamiliares e onde se desenvolve a luta pela melhoria das condições de vida – permitindo, ainda, uma compreensão ampliada do processo saúde/doença” (BRASIL, 1997, p. 8).

## **2 DOCUMENTOS QUE PROCURAVAM DAR INSTITUCIONALIDADE À POLÍTICA DE PROMOÇÃO DA SAÚDE: O PROJETO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE PROJETO PROMOÇÃO DA SAÚDE**

O Projeto “Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção” é resultante do Projeto BRA 98/006, do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, que buscou operar como instrumento de desenvolvimento de um modelo de atenção à saúde sob a ótica promocional. Tinha como seu fim último a elaboração de uma Política Nacional de Promoção da Saúde no país. Buscava-se, por meio dessa política instalada, a “disseminação de outro modo de conceber políticas públicas e o fomento da construção de parcerias fora do setor sanitário, ampliando a discussão dos determinantes em saúde” (CASTRO, 2005, s/p.).

Na direção de realizar esse fomento, foram publicados documentos que visavam a institucionalização da Política Nacional de Promoção da Saúde, bem como revistas sobre a temática. Um conjunto de quatro documentos constituiu os alicerces para a discussão requerida:

- a) BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde** (documento para discussão). Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- b) BRASIL. Ministério da Saúde. **Vamos Promover nossa Saúde?** Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- c) BRASIL. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- c) BRASIL. Ministério da Saúde. **A construção de vidas mais saudáveis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002

### **3 DOCUMENTOS RELATIVOS ÀS POSSIBILIDADES DE IMPLANTAÇÃO DA PROMOÇÃO DA SAÚDE: SÉRIE PACTOS PELA SAÚDE**

#### **3.1 PACTO PELA SAÚDE**

O documento do Pacto pela Saúde afirma os princípios do SUS previstos na Lei nº 8080/90, por meio dos eixos Pacto pela Vida, Pacto em Defesa do SUS, Pacto de Gestão do SUS. O Pacto pela Vida refere-se a prioridades sanitárias e metas para as três esferas de gestão, que são adicionais às atividades cotidianas dos serviços. Para 2006, foram pactuadas nacionalmente seis prioridades: saúde do idoso; controle do câncer do colo de útero e da mama; redução da mortalidade infantil e materna; fortalecimento das capacidades de resposta às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária e influenza; promoção da saúde; fortalecimento da atenção básica.<sup>120</sup>

O Pacto em Defesa do SUS “tem como objetivo discutir o sistema a partir dos seus princípios fundamentais. Pode-se dizer que se trata de repolitizar o debate em torno do SUS para reafirmar seu significado e sua importância para a cidadania brasileira” (CEAP, 2008, p. 11). Trata-se de uma vertente do Pacto pela Vida que não gerou regulamentação, tendo em suas diretrizes recomendações de “expressar os compromissos entre os gestores do SUS com a consolidação da Reforma Sanitária Brasileira, explicitada na defesa dos princípios do Sistema Único de Saúde estabelecidos na Constituição Federal” e ainda de “desenvolver e articular ações no seu âmbito de competência e em conjunto com os demais gestores que visem qualificar e assegurar o Sistema Único de Saúde como política pública” (CEAP, 2008, p. 11).

---

<sup>120</sup> “Às seis prioridades pactuadas em 2006 para o Pacto pela Vida foram acrescentadas mais cinco, como resultado das pactuações realizadas nos Estados na construção dos Termos de Compromisso de Gestão no ano de 2006 e de discussão realizada no Conselho Nacional de Saúde. Foram estabelecidas as seguintes prioridades do Pacto pela Vida para o ano de 2008: 1. atenção à saúde do idoso; 2. controle do câncer de colo de útero e de mama; 3. redução da mortalidade infantil e materna; 4. fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite e AIDS; 5. promoção da saúde; 6. fortalecimento da atenção primária; 7. saúde do trabalhador; 8. saúde mental; 9. fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência; 10. atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência; e 11. saúde do homem” (BRASIL, 2009, p. 168-169).

O Pacto de Gestão do SUS refere-se à regionalização, ao financiamento, ao planejamento, à Programação Pactuada e Integrada da atenção à saúde (PPI), à regulação da atenção à saúde e da assistência, à participação e ao controle social, à gestão do trabalho e educação na Saúde, definindo com maior clareza as responsabilidades de cada esfera de governo.

### 3.2 POLÍTICA NACIONAL DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

O Ministério da Saúde, em 2006, ao definir a Agenda de Compromisso pela Saúde do Pacto pela Saúde, colocou a promoção da saúde como uma das prioridades do Pacto em Defesa da Vida. A ideia colocada pelo documento é a de que houvesse uma ampliação das intervenções em saúde, envolvendo problemas, necessidades de saúde, seus determinantes e condicionantes, “de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre os efeitos do adoecer e aqueles que visem ao espaço para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde” (BRASIL, 2006a, p. 14). O objetivo de tal política se voltou para a mudança nas condições de vida, favorecendo escolhas saudáveis “por parte dos sujeitos e das coletividades no território onde vivem e trabalham” (BRASIL, 2006a, p. 14).

### 3.3 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO BÁSICA

Entre as prioridades do Pacto em Defesa da Vida, encontra-se a consolidação e qualificação da estratégia Saúde da Família como modelo de Atenção Básica e esta como centro ordenador das redes de atenção à saúde no SUS. Assim como se desdobrou do Pacto pela Saúde, o documento relativo à Política Nacional de Promoção da Saúde, o documento da Política Nacional de Atenção Básica, que redefine responsabilidades “de cada esfera de governo, infra-estrutura e recursos necessários, características do processo de trabalho, atribuições dos profissionais, e as regras de financiamento, incluindo as especificidades da estratégia Saúde da Família” (BRASIL, 2006b, p. 7). Correspondente à atenção primária, a atenção básica é indicada como a principal porta de entrada no sistema de saúde, devendo ser o ponto de partida para a estruturação dos sistemas locais de saúde.

#### **4 ESTUDOS DE CASO SOBRE A IMPLEMENTAÇÃO DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA EM GRANDES CENTROS URBANOS: RELATÓRIO FINAL FLORIANÓPOLIS**

Tal pesquisa ocorreu no ano de 2008 no Município de Florianópolis e em outras três capitais brasileiras. Foi realizada pela Fundação Oswaldo Cruz e financiada pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A pesquisa teve por objetivo analisar a implementação da Estratégia Saúde da Família com foco na integração à rede assistencial e na atuação intersetorial em quatro grandes centros urbanos, para discutir as suas potencialidades como estratégia de atenção primária em saúde (APS) abrangente. Para tanto, a pesquisa entrevistou gestores e gerentes municipais para estudo qualitativo, bem como realizou inquéritos com amostras representativas de profissionais das equipes de saúde da família (ESFs), com questionários autoaplicados, e de famílias cadastradas, com aplicação de questionários fechados.