

A promoção da saúde vista genealogicamente como prática discursiva em sua produção de mundos e uma leitura micropolítica dos determinantes sociais da saúde

Health promotion seen genealogically as a discursive practice in its production of worlds, and a micropolitical reading of social determinants


(abstract: p. 15)

La promoción de la salud vista genealógicamente como práctica discursiva en su producción de mundos y una lectura micropolítica de los factores determinantes sociales (resumen: p. 15)

Emerson Elias Merhy^(a)

<emerhy@gmail.com> 

Helvo Slomp Junior^(b)

<helvosj@macae.ufrj.br> 

continua na página 11

^(a, b) Departamento de Saúde Coletiva, Mental e da Família, Instituto de Ciências Médicas, Centro Multidisciplinar UFRJ/Macaé, Universidade Federal do Rio de Janeiro. Avenida Aluizio da Silva Gomes, 50, Novo Cavaleiros. Macaé, RJ, Brasil. 27930-560.

continua na página 12

Resumo

A promoção da saúde é tomada como discurso presente em ações governamentais concretas, como no Sistema Único de Saúde, e construída sobre algumas proposições: concepção de processo saúde-doença calcada em determinantes sociais de saúde; defesa de uma melhor qualidade de vida; e definição de campos centrais e estratégias fundamentais para as ações de promoção da saúde. Discute-se a emergência desse discurso e sua presença na Saúde Coletiva e em políticas públicas brasileiras. São problematizados alguns jogos de sentidos da promoção de saúde entre suas vertentes progressistas e conservadoras/despolitizadoras, bem como suas estratégias de comunicação/informação; tudo isso frente à sua capacidade de transformação da realidade da saúde. Ao final, propomos agregar a esse discurso/ação uma perspectiva que leve em conta os agenciamentos de vida e saúde e os atravessamentos de adoecimento e morte no contexto das sociedades de controle.

Palavras-chave: Promoção da saúde. Saúde Coletiva. Território sociocultural. Política Nacional de Promoção da Saúde. Micropolítica.

À guisa de método de análise: que ponto de vista adotaremos a respeito da promoção da saúde

A promoção da saúde (PS) é um discurso. Se estivéssemos afirmando isso no plano do senso comum, quem nos lê poderia interpretar que estaríamos insinuando algo como uma polarização entre o falar e o agir, como se estivéssemos propondo que a PS é tão somente um conjunto de proposições fechadas em si mesmas. Mas não é isso o que pretendemos dizer, pois apostamos na inseparabilidade entre escrever/falar e agir. Um discurso faz realidade e produz mundos.

Práticas discursivas são constitutivas de todas as políticas – de saúde e de todas as demais áreas – e são expressas em seus textos orientadores/propositores e em suas estratégias de mobilização e produção de valores em diferentes planos. Sendo discurso e sendo disputada como discurso, a PS é afirmada como política e transversaliza o campo das políticas e práticas de saúde. Partindo desse reconhecimento e começando esta reflexão pelo seu “fim”, afirmamos que é possível identificar várias boas ressonâncias desse discurso em ações governamentais concretas no Brasil do Sistema Único de Saúde (SUS), como o Programa Saúde na Escola; o Projeto Vida no Trânsito; a Rede Nacional de Prevenção das Violências; o Plano Nacional de Doenças Crônicas Não Transmissíveis; a rede de cuidados à criança e à mulher – (Rede Cegonha) envolvendo cuidados durante a gravidez, parto e puerpério –; a adesão do Brasil à Convenção-Quadro para Controle do do Tabaco, entre outras¹. Também são ressonâncias importantes uma forte presença desse discurso na constituição da Estratégia Saúde da Família² e a apropriação, por movimentos sociais no Brasil, de conceitos que, se não foram inventados no bojo da PS, foram veiculados por esse referencial, como os de “participação”, “empoderamento” e “controle comunitário”³.

Por outro lado, há quem problematize a potência da PS como promotora efetiva de mudanças, com indagações como: que discurso sobre promoção da Saúde é este? Por que é questionado? Tal discurso entrega o que propõe? O que se quer dizer por “discurso”? Um conjunto de frases, passíveis de análise linguística, extraídas de certos textos institucionais? Um conjunto de proposições concatenadas que compõem um projeto lógico-dedutivo? A formulação psicológica de uma identidade de formas de consciência, ou seja, uma “mentalidade”? Um manifesto político? A resposta destas últimas perguntas é: sim e não. Por vezes, um pouco disso ou daquilo. De qualquer modo, no presente texto e de acordo com Foucault, entende-se “discurso” como:

Chamaremos de “discurso” um conjunto de enunciados, na medida em que se apoiem na mesma formação discursiva; ele não forma uma unidade retórica ou formal, indefinidamente repetível e cujo aparecimento ou utilização poderíamos assinalar (e explicar, se for o caso) na história; é constituído de um número limitado de enunciados para os quais podemos definir um conjunto de condições de existência⁴. (p. 132-133, grifo nosso).

Este ensaio pretende olhar para o conjunto de enunciados que tem sido atribuído à PS, com a ajuda das reflexões de Foucault. Queremos olhar para as *performances* verbais que compõem tais enunciados e alguns de seus principais termos em suas

regularidades; suas lacunas e limites; e o jogo de posições possíveis para os sujeitos envolvidos. Trata-se de um esforço para colocar o discurso da PS em relação com seus “alvos”, para ver de que modo é utilizado e repetido, que materialidades engendra ou deixa de engendrar. Ou seja, pretende-se submeter um conjunto de proposições/estratégias – que é mobilizado pela PS na disputa pela produção de valores, práticas e efeitos no campo da produção da saúde – a uma certa perspectiva analítica.

Nesse sentido, pretendemos tão somente descrever o discurso da PS e, ao fazê-lo, compreender como este passou a existir; descobrir sua origem e lugares de atuação; e em que medida se dão suas utilizações e incorporações de novos enunciados, para, ao final do presente artigo, compartilhar um pouco do como pensamos a PS em uma perspectiva micropolítica.

Portanto, tivemos como objetivo para este ensaio, utilizando um ponto de vista genealógico^{4,5}, tomar a PS em sua vertente prática discursiva, concepção que desenvolveremos a seguir, e iniciar um debate sobre algumas de suas possíveis implicações na dimensão micropolítica. Para dar conta desse projeto, utilizamos tanto alguns dos principais documentos que delinham as proposições da PS – notadamente, as “cartas da promoção da saúde” – quanto os debates que autores da área vêm travando em torno do projeto da PS como um todo^{1-3,7-12}, interessando-nos pelas condições que possibilitaram as disputas discursivas em torno da PS.

Afinal, qual seria o discurso da promoção da saúde que tomamos para esta reflexão?

Para fins de nossa reflexão, a seguir apresentamos uma rápida síntese do discurso da PS, contando com ajuda de alguns especialistas^{7,13,14}; porém, reduzindo-o em apenas três proposições, com foco especial na formulação de Ottawa⁶, para os fins da discussão que faremos a seguir:

Proposição I. Concepção ampla do processo saúde-doença, que depende de condições como habitação; transporte; saneamento; trabalho e renda; alimentação; educação; serviços de saúde; ecossistema estável; e recursos sustentáveis – os chamados determinantes sociais de saúde (DSS). O pressuposto é o de que fatores biológicos, psicológicos, comportamentais, econômicos, culturais e étnico-raciais, e a estratificação social, influenciam a ocorrência de problemas de saúde e de seus fatores de risco na população. Tais DSS costumam ser dispostos em modelos conceituais ou diagramas, como o de Diderichsen, Evans e Whitehead, de 2001¹⁴.

Proposição II. Se as características ou condições sociais dentro das quais as pessoas vivem e trabalham são centrais para a PS, então, além de evitar doenças e prolongar a vida, há que se melhorar a qualidade de vida, sendo este um valor articulado a outros, tais como autonomia, bem-estar, equidade, justiça social, solidariedade, responsabilização múltipla, democracia, cidadania, participação da comunidade, paz e liberdade de escolha.

Proposição III. Dados os DSS e seus valores correlatos, há a chamada para as ações, que devem incidir sobre a realidade no sentido de se alcançar o que as proposições anteriores apontam e que são listadas em campos centrais de ação e estratégias

fundamentais. Entre os campos centrais de ação estão incluídos políticas públicas saudáveis; ambientes favoráveis à saúde; estímulo à ação comunitária; promoção do desenvolvimento de habilidades pessoais; novas representações sociais de saúde e doença; e reorientação do sistema de saúde. Entre as estratégias fundamentais – governamentais e não governamentais –, estão listadas: defesa da saúde; capacitação do pessoal da saúde; articulação de saberes técnicos e populares; mediação entre interesses envolvidos com a PS; intersetorialidade; e mobilização de recursos institucionais e comunitários, tanto públicos quanto privados.

Sempre que neste artigo nos referirmos a um certo “discurso da promoção da saúde”, estamos retomando as proposições acima e uma discursividade que não se distancia da formulação da Carta de Ottawa⁶, considerada neste texto um marco estratégico na emergência deste projeto.

A emergência do discurso da promoção da saúde

Entendemos o conceito de “emergência”, conforme Foucault, como o processo de surgimento de outras conformações de subjetividades que se expressa em deslocamentos e propostas de inversões e substituições, tanto em novos saberes quanto em novos fazeres, já que “a emergência se produz sempre em um determinado estado das forças”⁵ (p. 23). Consideramos que, quanto à emergência do discurso da PS, que apresentamos anteriormente, há alguns consensos possíveis de serem delineados.

Um consenso, por exemplo, é o de que o Canadá vivenciou cenas históricas das primeiras formulações sobre PS em meados dos anos 1970. A primeira formulação da ideia de determinação da saúde ocorreu nesse país em 1974, ano em que Relatório Lalonde funda a PS, documentada com enunciados bastante definidos^{8,13,15}. Em tal documento, o campo da saúde é subdividido em quatro polos (biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e sistema organizado de serviços) e as causas principais das enfermidades e mortes teriam suas origens nesses polos. Ações passariam, então, por mudanças no estilo de vida, pois a reiteração de maus hábitos traria riscos³.

Bom lembrar que se segue, alguns anos depois, outro evento histórico estratégico e promovido pela Organização Mundial da Saúde (OMS): a conhecida Conferência de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, em 1978. Embora não faça menção explícita aos DSS, essa conferência imprime, em sua declaração final, um conceito de necessidades em saúde que faz analogia aos mesmos domínios aos quais os DSS se referem⁶. Ao mesmo tempo, na América Latina (Brasil, Equador, Chile, Cuba, Colômbia e México), também ganhava corpo uma epidemiologia chamada “social” ou “crítica” e uma medicina social latino-americana, campo científico e de práticas que já começa a criticar o paradigma vigente de saúde e risco, e a questionar as limitações do modelo biomédico e sua abordagem positivista inscrita no modelo da história natural da doença, pilar da epidemiologia mais tradicional¹⁵. Esse movimento crítico está associado à emergência da chamada Saúde Coletiva.

Assim, havia uma tensão crescente entre esses dois movimentos contemporâneos. O projeto comportamentalista do Relatório Lalonde é desde cedo percebido como problemático e limitado, resultando em uma culpabilização dos indivíduos, seu alvo

privilegiado. Tais críticas adviriam de autores da nascente Saúde Coletiva, como viria a se chamar nos anos 1970-1980 esse campo de saberes e práticas que, nessas duas décadas, afirmava sua filiação à chamada “medicina social”, fruto da Revolução Industrial ocorrida na Inglaterra, França e Alemanha (de 1830 a 1880); e vertente que, desde o século anterior, já apontava a crise sanitária como processo político e social^{9,15}. Em tempo, há autores que vinculam esse mesmo referencial da medicina social ao nascimento da PS¹³.

A partir da década de 1980, a PS consolida seu discurso e tensões, tanto internas quanto frente à nova ordem mundial que se instalara desde a crise do petróleo da década anterior, e as pressões neoliberais feitas pelo projeto do Estado mínimo sobre o Estado de Bem-estar Social de países como Inglaterra e Canadá. Uma nova Saúde Pública emerge no início da década seguinte, demandando uma nova promoção da saúde^{3,15}.

Nesse contexto, é publicada a Carta de Ottawa, uma vertente da PS que estabelece o modelo dos DSS e as proposições descritas no início deste ensaio⁶. Ampliam-se as ações possíveis, a intersetorialidade ganha espaço, fala-se em capacitação da comunidade e maior participação no controle dos processos². Muitas conferências internacionais, promovidas pela OMS, passam a ocorrer, acrescentando camadas discursivas a essa matriz, por vezes focando ações e programas específicos.

Algumas políticas públicas orientadas pela PS são então implantadas em vários países, a exemplo do Projeto Cidades Saudáveis, e vale a pena registrar a incorporação da PS no SUS, pois é quando ela é integrada ao sistema de saúde brasileiro¹⁰, e alguns dos seus efeitos já exemplificados no início deste texto. Os então “inegociáveis” princípios da PS (equidade, integralidade, autonomia, cogestão no processo de trabalho, intersetorialidade e participação social, que são também princípios do SUS) passam a povoar publicações do Ministério da Saúde desde o início dos anos 2000, em uma espiral de incorporação desse ideário que culmina com a publicação da primeira versão da Política Nacional de Promoção da Saúde, em 2006^{1,16}. A seguir, essa política será aperfeiçoada nos anos que se seguem, e as fragilidades para sua implementação vão ficando cada vez mais evidentes, a exemplo do financiamento, que recebe o golpe fatal com o congelamento por vinte anos, aprovado em 2016 para entrar em vigor no setor de Saúde a partir do exercício de 2018^{1,16,17}.

O jogo de sentidos da promoção de saúde

Pelo menos uma clara tensão interna acompanha o desenvolvimento do discurso da PS. Por um lado, é discernível a defesa de um projeto progressista, emancipatório^(e) e com a proposição de políticas públicas intersetoriais voltadas à melhoria da qualidade de vida das populações. Por outro, há uma vertente que, desde Lalonde, está atrelada à PS e caminha por dentro das propostas que sofisticam este discurso, a partir da década de 1980, e é tida como conservadora, operando na prática uma escolha segundo uma lógica de mercado com “autonomia” regulada, e tendendo à diminuição das responsabilidades do Estado ao deixar grupos de indivíduos entregues a si próprios^{3,18}. Essa perspectiva é fortemente incorporada no âmbito das práticas clínicas, tanto no SUS quanto na saúde suplementar.

^(e) Tomamos o conceito de emancipação humana ou social no sentido de “ação política emancipadora”¹⁵ (p. 27), que, de parte da então emergente Saúde Coletiva brasileira, demarca o debate de produção de autonomia na saúde.

A Saúde Coletiva tem incorporado – mas também problematizado – a PS desde sempre, e nesse campo já se apontou que as dificuldades na operacionalização dos projetos e políticas relacionados à PS deixam claras certas inconsistências, contradições e pontos obscuros^{15,18}. Esse debate perpassa vários recortes. Um deles é a crítica ao uso que se faz do conceito de risco, tomado como um adoecimento tanto possível quanto provável, mensurado matematicamente para inferir causalidade, tendo sido responsável por inegáveis avanços na organização de serviços e em práticas como a educação em saúde, mas também por alguns efeitos contraditórios no cuidado em saúde¹⁸⁻²⁰. Outro recorte de questionamentos perpassa o tema determinantes *versus* determinação, que merece algumas linhas.

O modelo dos DSS se apresenta como uma cadeia de mediações ou níveis de análise da realidade da saúde, já que haveria determinantes mais próximos (intermediários) e mais distantes (estruturais) das vidas dos indivíduos; e, por isso, a relação de determinação é dita como não passível de ser reduzida a uma relação direta de causa-efeito¹⁴. A esta perspectiva, autores da Saúde Coletiva colocam diferentes apontamentos: o de que ela carregaria uma imprecisão conceitual ao não atender ao conceito de determinação (essencialmente estruturalista)⁸; que os determinantes, por outro lado, seriam de fato estruturalistas-causalistas e não dialéticos, como outros autores prefeririam¹¹; e que o modelo dos DSS não avançaria para além de fatores independentes entre si, concepção apontada como insuficiente frente à ideia de processo, que se mostrou mais interessante para se pensar o processo saúde-doença⁹.

Enfim, nessa linha de crítica que anda por dentro da Saúde Coletiva, o modelo dos DSS tenderia a uma concepção de saúde como ausência de doença e, ao posicionar o aspecto social como externo aos indivíduos, não deixaria ver a reprodução das iniquidades sociais em saúde e tornaria inócuos a participação social e o empoderamento que o próprio modelo propõe. Tudo isso explicaria sua baixa capacidade de transformação da realidade da saúde¹², apesar de suas proposições discursivas.

Tendemos a concordar que, enquanto essencialmente político, o discurso da PS precisa deixar mais claro quem são seus aliados nos círculos decisórios e como acha que seu projeto pode ter sua implementação negociada em cenários econômicos e políticos adversos. Ainda no campo da política, sim, apontamos a necessidade de uma maior flexibilidade da área da PS à diversidade epistemológica e ético-política que o campo da Saúde Coletiva como um todo pode oferecer.

Conversar com a promoção da saúde é conversar com os determinantes da saúde

É necessário se admitir que, especialmente em sua versão progressista, de acordo com o que expusemos acima, o discurso da PS proporcionou ganhos inegáveis e de várias ordens para a vida social e sanitária no Brasil; ganhou vários espaços sociais e político-institucionais; produziu materialidade em políticas públicas; e tornou-se um vocabulário aceito e reproduzido até por dirigentes adeptos ao projeto liberal de Estado. Por outro lado, muitas vezes passa ao largo de um efeito emancipatório duradouro que sua leitura faz esperar, o que nos leva a levantar a hipótese de que esse

discurso ainda precisa resolver tensões centrais ao seu projeto, se quiser entregar o que promete em termos de mudanças sociais.

Segundo Testa Tambellini e Schütz, as palavras “desigualdade”, “iniquidade”, “disparidade” e “pobreza” não aparecem no documento original em inglês do Relatório Lalonde⁸; contudo, admitem que há um avanço nesse sentido na Carta de Ottawa⁶. Com efeito, é preciso reforçar a incongruência de uma despolitização quando se trata de um discurso com tais pretensões, e denunciar perdas de financiamento de projetos, programas¹⁰ e outros processos geradores de iniquidades, se quisermos ser coerentes com a formulação de base da PS. Em 15 anos de PS no SUS, podemos perguntar, para além dos programas e ações que listamos no início deste artigo, que efeitos este discurso-política produziu na defesa do próprio sistema, sempre e cada vez mais ameaçado pela sangria levada a cabo pelo modelo do Estado Mínimo, constituído por travamentos em seu interior quanto ao alcance da equidade devido à conformação das relações público-privadas²¹. Esse debate também nos parece central para o discurso da PS tal como ele se apresenta.

Considerando que a comunicação/informação ainda é uma das principais atividades que as ações de PS apresentam, nas práticas cotidianas tende-se ao tema da educação em saúde. Já propusemos que processos pedagógicos não fazem sentido longe da perspectiva do cuidado em saúde, ou sem levar em conta as singularidades. “Cada um pode ser definido por inúmeros afetos e devires; quer dizer que cada um é, por si só, uma multiplicidade de acontecimentos que, por sua vez, gera efeitos no encontro com o outro”²⁰ (p. 256). Entendemos como sendo difícil conceber uma educação em saúde potente sem encontros intercessores e, por isso, já propusemos uma “torção pedagógica, quando desviamos do trabalhador ‘prescritor da vida saudável’ em nós, e permitimos que o usuário se desvie do paciente ‘em fuga do risco de viver’ ”²⁰ (p. 257).

Na próxima seção, apresentamos sucintamente um diálogo entre o discurso da PS e a vertente da micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde.

Conversar com os determinantes da saúde para nós é também pensar em agenciamentos e atravessamentos na saúde

Antes de prosseguirmos, é importante estabelecermos alguns dos conceitos que circulam na micropolítica do trabalho e do cuidado em saúde e que são centrais para esta discussão: o agenciamento e atravessamento em saúde. São conceitos complexos e, por isso, não pretendemos tratar deles com a profundidade filosófica que mereceriam em discussões especializadas, mas sim extrair deles apenas aquilo que é imprescindível para a presente discussão, a fim de fazê-los funcionar frente à problemática que colocamos anteriormente. Usamos como fontes algumas poucas publicações²²⁻²⁴, mas que dão conta deste objetivo.

Antes de falar sobre agenciamento, é preciso considerar o que se entende por território. Em micropolítica, entende-se território como uma certa normatização dos processos de toda ordem – orgânicos, psíquicos ou existenciais – na repetição de expressões e ações^{24,25}. No plano da expressão, por exemplo, tendemos a repetir um conjunto definido de referentes significantes, como uma determinada conformação

familiar, religião, convicções políticas, preferências esportivas, informações veiculadas por certas mídias e/ou valores transcendentais, como os ideais de “o verdadeiro”, “o bem” ou “o belo”²⁴. Vivemos então em um território existencial, e nisso há também uma territorialidade corporal, pois essa vida é conformada em uma configuração muito específica de hábitos que interferem no corpo e na saúde.

Um território existencial está em permanente construção, transformação ou dissolução mediante agenciamentos. O agenciamento poderia ser apresentado como o encontro entre elementos heterogêneos para invenção de um novo funcionamento, com novas ações, expressões e a produção de novos territórios, em um verdadeiro vazamento entre estes²²⁻²⁴. Se me desterritorializo de um território, posso me reterritorializar em outro e, para isso, ocupo frestas e entro em fluxos que são chamados de linhas de fuga, aqui no sentido de desvio – e não de recuo –; agencio-me ou sou agenciado, ou ambos ao mesmo tempo.

Para Deleuze e Guattari, cada agenciamento é composto por dois aspectos fundamentais. O primeiro deles é o agenciamento coletivo de enunciação, que é a expressão ou tudo o que se fala, o regime de signos (ou semiótico) no qual estamos imersos e do qual somos coautores; ao mesmo tempo, o “agenciamento maquínico do desejo” é tudo aquilo que se faz ou o conteúdo em paixões e ações: o sistema pragmático^{22,23}. Ambos os aspectos do agenciamento funcionam ao mesmo tempo, na conformação ou dissolução de cada território. Em tempo: para os autores – e concordamos –, não há um conteúdo prévio que antecede a expressão, mas uma pressuposição recíproca entre esses elementos, podendo até mesmo a expressão ser anterior ao conteúdo²³.

Acreditamos que tanto os determinantes sociais da saúde quanto os chamados fatores de risco – consequentemente, os produtos da determinação que lemos em medidas de associação, a depender do referencial utilizado – podem ser compreendidos como agenciamentos, em uma perspectiva micropolítica da produção de saúde, e temos feito essa leitura em análises tanto sobre o cuidado quanto naquelas relacionadas à gestão em saúde. Entre os agenciamentos, propomos nos atermos aos que produzem vida e saúde e olharmos para todo movimento que, ao ativar as conexões existenciais em torno de uma ou mais vidas, produz saúde e maior potência no viver.

Por outro lado, atravessamento é um conceito que temos usado de modo peculiar, que obtivemos de duas diferentes fontes. Ele tanto pode representar um fluxo entre territórios que nos arrebatam, como dissemos acima, constituindo por vezes um agenciamento²³, na produção do adoecimento e da morte, quanto constituir-se, agora aos olhos de autores da Análise Institucional, como a interpenetração de tudo aquilo que está estabelecido, organizado ou instituído no nível da função, em um movimento de reprodução de um sistema já existente, funcionando por dominação²⁶. Essa segunda proposição para o conceito tem originalmente uma perspectiva social e institucionalista, mas, formulação que estamos propondo aqui, o usamos em um sentido mais amplo, envolvendo todas as dimensões da vida – orgânica, psíquica, coletiva e individual.

Entendendo-se atravessamento a partir de uma composição conceitual como a que propusemos acima, acreditamos que os determinantes sociais da saúde e/ou fatores

de risco e seus desdobramentos podem ser compreendidos como atravessamentos, especialmente quando, ao perpassarem um território existencial, produzem o que Deleuze e Guattari chamam de captura: uma apropriação que faz um nó em nossas possibilidades de vida e saúde²⁴. Propomos pensar em atravessamentos quando pensamos em adoecimento e morte.

Em geral é claro quando algo representa um risco ou prejuízo à saúde. Não temos dúvida, por exemplo, dos malefícios do tabaco para a saúde (atravessamento), mas alguns fumantes talvez o encarem como um “companheiro” em horas difíceis (agenciamento?). Assim, começa a ficar mais complexa a intervenção sanitária. Outro exemplo poderia ser a prática de atividade física: para muitas pessoas, sabemos que produz saúde e qualidade de vida (agenciamento), mas, para aquelas que convivem com certas cardiopatias, infelizmente, a atividade física pode ser um fator de risco e representar risco de vida. Assim, muitos elementos com os quais nos encontramos na vida cotidiana podem, em uma certa circunstância biológica e existencial, serem tanto agenciamentos de vida e saúde quanto atravessamentos de adoecimento e morte.

Ou seja, pensar e agir a partir de uma perspectiva micropolítica como a que apresentamos aqui implica em compreender o processo saúde-doença-cuidado não como vetor de determinação e/ou condicionamento, mas como uma trama de agenciamentos de mais vida e de atravessamentos de menos vida que, além de não resultar em um único vetor final a ser modificado ou redirecionado, conforma um cenário que só possibilita mudanças para a produção de mais saúde quando tratada como tal. Tem-se, assim, uma multiplicidade de processos plenos de sentidos que precisam ter lugar nas falas, para que as pactuações de projetos terapêuticos individuais ou coletivos sejam então o meio para essa produção.

A promoção da saúde e as sociedades de controle

Nesta última seção, refletiremos sobre certa ótica a respeito de algumas críticas já feitas ao discurso da PS e que tentaremos sintetizar aqui. Entre elas, haveria, como parte da constitutividade do discurso da PS, um movimento de regulação da autonomia dos sujeitos no sentido de alinhá-los à lógica de mercado, resultando em um discurso final que por vezes exime o Estado de suas efetivas responsabilidades. Esse movimento dificultaria a implementação efetiva de alguns projetos e políticas, tensionando, de modo interno à própria PS, suas vertentes de caráter mais emancipatório e defensoras da equidade.

Concordamos em parte com tal análise, mas entendemos que há nela várias delicadezas. Nesse contexto, vale perguntar: com que Estado contamos hoje? Deleuze, nas últimas décadas do século XX, analisou o que Foucault havia chamado de “sociedades disciplinares”, ou seja, o confinamento do “indivíduo” – tido como unidade de uma massa – em sistemas fechados como a fábrica, a escola e o quartel, distribuindo-o em espaços-tempos programados para compor uma força produtiva superior à soma das forças elementares²⁷. No entanto, Deleuze aponta que o capitalismo no século XX já não era o mesmo do século anterior, constituindo-se agora em uma “empresa”, cada vez mais imaterial e tendo como face visível seus “gerentes” e

como alma o marketing. Esse novo capitalismo vai assumindo a função de ordenador dos espaços e dos tempos e “liberta” o indivíduo confinado pelas instituições disciplinares, pois o controle sobre ele que passa a exercer é agora “ao ar livre” – ou se tem ou não se tem a “senha” – e o endividamento seria a nova forma de controle²⁷. Acrescentaríamos a esse novo tipo de capitalismo a conectividade que a tecnologia da comunicação oferece e a dispersividade transparente de nossos dados pessoais, desejos e comportamentos, ocasionada pelo controle por algoritmos virtuais. Assim está montada a “sociedade de controle” de hoje.

Ou seja, o Estado tal como o conhecíamos – por exemplo, na época da construção do SUS – talvez não exista mais. Já nos anos 1990, Deleuze dizia que essa estrutura era agora “deformável” e “transformável”, assim como as próprias fábricas. Se nas sociedades disciplinares o Estado já era passível de controle, agora é parte integrante do “controlato” ele próprio, termo cunhado por Deleuze que significa a trama que se autorregula em meio às fixações de cotações e ao esvanecimento dos produtos concretos das atividades do ser humano, que agora não é mais confinado, mas endividado, em meio a essa trama chamada “mercado”²⁷. Eis um ponto crítico com o qual o discurso da PS precisa lidar.

Outro ponto é o que fazer com o indivíduo, no controlato. Enquanto seu corpo era disciplinado no tempo e no espaço a fim de tornar mais eficiente sua formação e sua produtividade, como parte de uma massa que é, à PS comportamentalista bastava acrescentar normas de conduta para uma disciplina sanitária. Quando o controle passa a se fazer via desejos e valores, ele está também dentro de cada um(a) e dos coletivos, sendo este um controle imanente. Nesse contexto, como entra o discurso da nova promoção da saúde?

O mundo agora é ondulatório, deslizante. Ser jovem no controlato é suplicar por motivação para tentar se preparar, sabe-se lá com que curso ou estágio²⁷, para sabe-se lá que oportunidades, pois é instado a competir por mérito para satisfazer os desejos que pensa serem seus – até porque o sistema mostra-se sempre instável e o sujeito, dividido – sobrando poucas opções entre as que lhe parecem “suas” escolhas. Viver uma vida promotora da saúde, naquilo que atende ao mercado, tende a apresentar total sinergia, mas, fora disso, é outra conversa. Se esse elenco de opções estiver entre suas metas e o jovem for de uma faixa populacional que tem razoáveis condições financeiras, ótimo, todos saem ganhando. Um verdadeiro agenciamento consumista, a exemplo da inacreditável sinonímia que temos ouvido, em nossos tempos, entre o uso de suplementos alimentares e o que tem sido chamado de “medicina preventiva”. Se um desses pontos não se conectar aos demais, vira-se essa página. Cuidar da própria saúde pode vir a ser, então, um “lado bom do controle”, ou não. Depende das cotações.

Considerações finais

Mesmo não sendo especialistas no tema da PS, aceitamos participar deste debate porque vale a pena. Reconhecemos nela um potente discurso e que tem ganhado espaço nos jogos de verdade ao longo de várias décadas, e produzido realidade. A PS é



bem-vinda como reforço ético-político na luta pela vida e uma importante aliada para a defesa da saúde e do SUS.

Porém, concordando com certos autores citados aqui, talvez esse projeto tenha criado mais expectativas do que resultados, posto que é um discurso essencialmente político que nem sempre se apresenta desse modo, e nem sempre problematiza os projetos societários que se entrecruzam na atualidade à sua frente, campo concreto para sua realização. Ao querer, enquanto projeto emancipatório, incidir sobre esses projetos societários, a PS terá que tomar uma posição clara quanto a esse caminho político.

Também é necessário aceitar o convívio com outras possibilidades de leitura e ação com relação ao processo saúde-doença-cuidado, para além dos DSS, sem desconsiderar a importância destes. Por exemplo, qualquer realidade concreta pode vir a ser um agenciamento de vida e saúde ou um atravessamento que nos captura e traz adoecimento e força de morte, a depender de configurações existenciais singulares com as quais precisamos nos encontrar.

Portanto, é preciso considerar as singularidades tanto nas análises quanto nas ações. Na sociedade de controle em que vivemos, a construção de outro conceito de *empowerment* nos parece que já é parte constitutiva de uma versão pós-industrial do discurso da PS, na qual a possibilidade de equidade efetiva é cada vez menor.

Tendemos a concluir que, para que esse discurso da PS ganhe cada vez mais potência transformadora, é preciso tomar todas as vidas, humanas ou não, sem exceção e equitativamente, como um conjunto indispensável a ser promovido e protegido em sua saúde, fazendo com que o mercado – e seus Estados subalternos – estejam a serviço dessas vidas, e não o contrário. Ao não tomar essa saída ético-estético-política de forma decidida, a PS corre o risco de ser utilizada como uma ferramenta a mais na diagramação homogeneizadora das vidas e existências, individuais e coletivas.


Agregar outras perspectivas nas políticas de PS, além daquelas já legitimadas em sua instituição, poderia ser enriquecedor porque temos na PS um dos movimentos emancipatórios que precisa dar certo, já que vivemos em um mundo no qual a maioria dos principais dirigentes e operadores de mercado insiste em uma direção contrária. Somos, enfim, todos aliados na defesa da vida em suas diversas dimensões.

Contribuição dos autores

Todos os autores participaram ativamente de todas as etapas de elaboração do manuscrito.

Autores

Laura Camargo Macruz Feuerwerker^(c)

<laura.macruz@gmail.com> 

Ricardo Luiz Narciso Moebus^(d)

<ricardo.moebus@ufop.edu.br> 

Afiliação

- (c) Departamento de Política, Gestão e Saúde, Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo. São Paulo, SP, Brasil.
- (d) Departamento de Medicina de Família, Saúde Mental e Coletiva, Escola de Medicina, Universidade Federal de Ouro Preto. Ouro Preto, MG, Brasil.

Conflito de interesse

Os autores não têm conflito de interesse a declarar.

Direitos autorais

Este artigo está licenciado sob a Licença Internacional Creative Commons 4.0, tipo BY (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.pt_BR).



Editor

Antonio Pithon Cyrino

Editora associada

Rosana Castro

Submetido em

23/05/22

Aprovado em

24/10/22

Referências

1. Malta DC, Morais Neto OL, Silva MMA, Rocha D, Castro AM, Reis AAC, et al. Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS): capítulos de uma caminhada ainda em construção. *Cienc Saude Colet*. 2016; 21(6):1683-94.
2. Carvalho FFB, Cohen SC, Akerman M. Refletindo sobre o instituído na Promoção da Saúde para problematizar “dogmas”. *Saude Debate*. 2017; 41 Esp 3:265-76.
3. Carvalho SR. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. *Cienc Saude Colet*. 2004; 9(3):669-78.
4. Foucault M. *A arqueologia do saber*. 7a ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária; 2008.
5. Foucault M. Nietzsche, a genealogia e a história. In: Machado R, organizador. *Microfísica do poder*. 4a ed. Rio de Janeiro: Edições Graal; 2010. p. 15-38.
6. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde; 2002.



7. Akerman M, Sá RF, Moyses S, Rezende R, Rocha D. Intersetorialidade? Intersetorialidade! *Cienc Saude Colet*. 2014; 19(11):4291-300.
8. Tambellini AT, Schütz GE. Contribuição para o debate do CEBES sobre a “Determinação Social da Saúde”: repensando processos sociais, determinações e determinantes da saúde. *Saude Debate*. 2009; 33(83):371-9.
9. Garbois JA, Sodré F, Dalbello-Araujo M. Da noção de determinação social à de determinantes sociais da saúde. *Saude Debate*. 2017; 41(112):63-76.
10. Malta DC, Reis AAC, Jaime PC, Morais Neto OL, Silva MMA, Akerman M. O SUS e a Política Nacional de Promoção da Saúde: perspectiva resultados, avanços e desafios em tempos de crise. *Cienc Saude Colet*. 2018; 23(6):1799-809.
11. Borghi CMSO, Oliveira RM, Sevalho G. Determinação ou determinantes sociais da saúde: texto e contexto na América Latina. *Trab Educ Saude*. 2018; 16(3):869-97.
12. Borde E, Hernández-Álvarez M, Porto MFS. Uma análise crítica da abordagem dos Determinantes Sociais da Saúde a partir da medicina social e saúde coletiva latino-americana. *Saude Debate*. 2015; 39(106):841-54.
13. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Cienc Saude Colet*. 2000; 5(1):163-77.
14. Buss PM, Pellegrini Filho A. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis*. 2007; 17(1):77-93.
15. Almeida Filho N, Paim JS. La crisis de la salud pública y el movimiento de la salud colectiva en Latinoamérica. *Cuad Med Soc*. 1999; 75:5-30.
16. Mariano CM. Emenda constitucional 95/2016 e o teto dos gastos públicos: Brasil de volta ao estado de exceção econômico e ao capitalismo do desastre. *Rev Invest Constitucionais*. 2017; 4(1):259-81.
17. Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. Emenda Constitucional no 95. *Diário Oficial da União*. 16 Dez 2016; p. 2-3.
18. Czeresnia D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 39-53.
19. Caponi S. A saúde como abertura ao risco. In: Czeresnia D, Freitas CM, organizadores. *Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz; 2003. p. 55-77.
20. Slomp H Jr, Feuerwerker LCM, Bertussi DC, Gomes MPC. Uma torção pedagógica no cuidado em saúde. In: Gomes LB, organizador. *O cuidado e a educação popular em saúde*. Porto Alegre: Rede UNIDA; 2015. p. 233-60.
21. Merhy E. Saúde e direitos: tensões de um SUS em disputa, molecularidades. *Saude Soc*. 2012; 21(2):267-79.
22. Deleuze G, Guattari F. *Kafka por uma literatura menor*. Rio de Janeiro: Imago; 1977. O que é um agenciamento; p. 118-27.
23. Deleuze G, Guattari F. *Mil platôs: capitalismo e esquizofrenia*. São Paulo: Editora 34; 2005. *Devir-Intenso, Devir-Animal, Devir-Imperceptível*; p. 8-100.
24. Guattari F. *Caosmose: um novo paradigma estético*. Rio de Janeiro: Editora 34; 2006.
25. Slomp H Jr, Feuerwerker LCM, Land MGP. Educação em saúde ou projeto terapêutico compartilhado? O cuidado extravasa a dimensão pedagógica. *Cienc Saude Colet*. 2015; 20(2):537-46.



26. Baremlitt GF. *Compêndio de análise institucional e outras correntes: teoria e prática*. 3a ed. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos; 1996.
27. Deleuze G. *Conversações: 1972-1990*. São Paulo: Editora 34; 2008. Post-Scriptum sobre as Sociedades de Controle; p. 209-26.



Abstract

Health promotion is examined as a discourse present in concrete governmental actions such as the Brazilian National Health System (SUS), and built on some propositions: conception of the health-disease process based upon social determinants of health; advocacy for a better quality of life; and definition of key fields and strategies for health promotion actions. We discuss the emergence of this discourse and its presence in collective health and in Brazilian public policies. Some meaning interplays of health promotion between its progressive and also conservative/de-politicizing strands are problematized, as well as its communication/information strategies, in the face of its ability to transform the health reality. At the end, we propose to add to this discourse/action a perspective that takes into account the agencing of life and health and the crossings of illness and death, in the context of control societies.

Keywords: Health promotion. Public Health. Sociocultural territory. National Health Promotion Policy. Micropolitics.

Resumen

La promoción de la salud se toma como discurso presente en acciones gubernamentales concretas como en el Sistema Único de Salud y construido sobre algunas propuestas: concepción de un proceso salud-enfermedad con base en factores determinantes sociales de salud; defensa de una mejor calidad de vida; y definición de campos centrales y estrategias fundamentales para las acciones de promoción de la salud. Se discute el surgimiento de este discurso y su presencia en la salud colectiva y en políticas públicas brasileñas. Se problematizan algunos juegos de sentidos de la promoción de la salud entre sus vertientes progresistas y también conservadoras/despolitizadoras, así como sus estrategias de comunicación/información, todo eso ante su capacidad de transformación de la realidad de la salud. Al final, proponemos agregar a este discurso/acción una perspectiva que lleve en consideración las gestiones de vida y salud y los cruces de enfermedad y muerte en el contexto de las sociedades de control.

Palabras clave: Promoción de la salud. Salud Colectiva. Territorio sociocultural. Política Nacional de Promoción de la Salud. Micropolítica.