

POLÍTICAS DE INCLUSÃO EM SAÚDE

Roseli Belmonte Machado*

Débora Duarte Freitas**

Resumo: O presente artigo traz uma reflexão sobre os enredos entre inclusão e saúde, a partir de uma ideia de gestão de riscos, praticadas pelo Estado brasileiro, buscando responder: “Como as políticas de inclusão em saúde têm se constituído, em formas de governo das condutas na sociedade brasileira contemporânea?” O objetivo é o de debater como os enredos entre inclusão, saúde e gerenciamento da vida se manifestam em políticas brasileiras, em uma racionalidade política contemporânea. Para tanto, nos debruçamos sobre materiais que versam sobre políticas de saúde para o Estado brasileiro, tendo por base a governamentalidade e a biopolítica. A partir das análises, foi possível refletir que as políticas inclusivas em saúde, pela educação, atuam na condução das condutas dos sujeitos, para que se tornem saudáveis e responsáveis por si.

Palavras-chave: inclusão; saúde; governo; risco.

HEALTH INCLUSION POLICIES

Abstract: This article presents a reflection on the entanglements between inclusion and health, based on an idea of risk management, practiced by the Brazilian State, trying to answer: how health inclusion policies have been constituted as forms of government of behaviors in society contemporary brazilian? The objective is to discuss how the plots between inclusion, health and life management manifest themselves in Brazilian politics in a contemporary political rationality. Therefore, we focus on materials that deal with health policies for the Brazilian State, based on governmentality and biopolitics. From the analysis, it was possible to reflect that inclusive health policies, through education, act in the conduct of the subjects' conduct so that they become healthy and responsible for themselves.

Keywords: inclusion; health; government; risk.

Introdução

“Aquilo que está escrito no coração não necessita de agendas porque a gente não esquece. O que a memória ama fica eterno”.
Rubem Alves¹

Problematizar a temática das políticas de inclusão tem sido um grande desafio no mundo contemporâneo. Um primeiro ponto que nos desafia é a compreensão de que as políticas de inclusão são entendidas quase sempre como ações benevolentes e,

* Professora Adjunta da Escola de Educação Física, Fisioterapia e Dança (ESEFID) da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. É Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Educação e Licenciada em Educação Física pela Universidade Luterana do Brasil – ULBRA/Canoas. ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-5653-1175>

** Professora do Instituto Federal Farroupilha. É Doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Mestre em Educação Física e Licenciada em Educação Física pela Universidade Federal de Pelotas. ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2979-9859>

¹ Em memória da nossa eterna amiga, Adriana da Silva Thoma, um reconhecimento pelo seu trabalho.

portanto, não questionáveis. Segundo porque, normalmente, é entendida como uma noção restrita a inserção de pessoas deficientes na sociedade, quando, na verdade, ela pode – e será – compreendida aqui de forma bem mais ampla. Neste artigo, abordaremos a inclusão relacionada às políticas de saúde brasileiras, que incluem para conhecer, conhecem para capturar, e capturam para trazer os indivíduos para uma normalidade desejável.

Para Lopes e Fabris (2013), a inclusão, ao ocupar o *status* de imperativo de Estado, insere-se numa grade de inteligibilidade, que promove a circulação dos sujeitos, modificando seus modos de vida. Tais mudanças, contudo, não são desacompanhadas de formas de regulação e controle que intentam, dentre outras coisas, planejar a vida e controlar os riscos dos mais variados indivíduos, que ora circulam. Nessa esteira de pensamento, problematizamos que certas políticas em saúde se enredam no emaranhado de ações do âmbito de políticas inclusivas, que procuram intervir e regular os variados modos de vida, aproximando todos de um lugar seguro e desejável, como um sujeito saudável e capaz de autogoverno.

Nesse contexto, destacamos a questão problematizadora desta reflexão: como as políticas de inclusão em saúde têm se constituído em formas de governo das condutas em nossa sociedade? Assim, temos como objetivo debater como os enredos entre inclusão, saúde e gerenciamento da vida se manifestam em políticas brasileiras em uma racionalidade política contemporânea. O *corpus* de pesquisa é constituído de documentos oriundos, principalmente, do Ministério da Saúde, os quais versam sobre o Programa Academia da Saúde, os Núcleos de Atenção à Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial, além do Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, o Guia Alimentar para a população Brasileira, a Política Nacional da Promoção da Saúde e a Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade.

Para conduzir nossas análises, elegemos, como fio de sustentação dos argumentos deste artigo, as questões de governo e de governo², utilizando, como

² Cabe destacar que Veiga-Neto (2002) trata da expressão *governo*. Para o autor, diferente da forma conhecida da palavra *governo* (geralmente grafada com G maiúsculo), ligada à administração pública (Governo da República, Governo Municipal, Governo do Estado), a palavra *governo* inclui as diversas formas de governar. Assim, compreendemos como “governo/governo” as diversas formas de governar, conduzir as condutas.

ferramenta analítica, a ideia de governamentalidade, desenvolvida por Michel Foucault, bem como a noção de biopoder, mais especificamente, a sua segunda face, a biopolítica. Nossas reflexões, a partir da pesquisa empreendida, estão organizadas em duas seções principais, nomeadas como “relações de governo e biopoder” e “relações de saber, a importância do saber estatístico e da noção de risco”.

Relações de governo e biopoder

De acordo com Noguera-Ramírez (2013) sobre o emprego da governamentalidade nos cursos de Foucault, compreendemos que, mais do que estudá-la, o uso que Foucault faz da governamentalidade é como uma grade de análise, uma noção metodológica que o conduziram a fazer um triplo deslocamento nas suas pesquisas, no seu pensamento, marcando a “passagem da problematização das relações de poder/saber para as problematizações das relações governo/verdade e, por outro lado, constituiu um exercício filosófico ao modo antigo” (NOGUERA-RAMÍREZ, 2013, p. 73). Importa sublinhar que o termo governamentalidade vai aparecer, na obra de Foucault, na aula do dia 1º de fevereiro de 1978, durante o curso Segurança, Território e População, ministrado no Collège de France. (FOUCAULT, 2008a). A partir desse momento, no desenrolar de sua obra, podemos ver que a maneira como Foucault compreende a governamentalidade vai se deslocando. Já no curso *Nascimento da Biopolítica*, de 1979, Foucault (2008b) apresenta uma análise sobre os modos de exercício de governo, a partir da égide da governamentalidade: “o que propus chamar de governamentalidade não é mais que uma proposta de grade de análise para essas relações de poder”. (FOUCAULT, 2008b, p. 258). Contudo, é a partir do curso ministrado no ano de 1980, *O Governo dos Vivos*, que Foucault (2011) agrega à noção de governo uma perspectiva de governo ética, desenvolvida sobre si, numa relação com a verdade.

Para Castro (2009), a governamentalidade abarca o exame das chamadas “artes de governar”, que incluem o estudo do governo de si (ética), o governo dos outros (as formas políticas da governamentalidade) e as relações entre o governo de si e o dos outros. Nessa concepção, entrariam: “o cuidado de si, as diferentes formas de ascese

(antiga, cristã), o poder pastoral (a confissão, a direção espiritual), as disciplinas, a biopolítica, a polícia, a razão de Estado, o liberalismo”. (CASTRO, 2009, p. 191). Podemos dizer que se trata de uma noção que nos permite enxergar as redes e as tramas que incidem sobre os sujeitos, evidenciando como são organizados modos de conduzir os sujeitos e as tecnologias de poder, no campo das técnicas de dominação e nas das técnicas de si. Avelino (2011) destaca que “o objetivo da governamentalidade é o de estudar a ‘instância reflexiva’ das práticas de governo e sobre as práticas de governo” (AVELINO, 2011, p. 27) e, a partir disso, compreender como a produção de determinadas verdades incidem sobre os sujeitos, conduzindo-os e, ao mesmo tempo, agindo para que tomem essas verdades para si.

Não obstante, um conceito profícuo ao desenvolvimento desta análise é o de biopoder. Ao tratar de uma genealogia das artes de governar, Michel Foucault contribui com um importante olhar para esse conceito. No supracitado curso *Segurança, Território, População*, o autor mostra como emergiu a Razão de Estado no século XVI, a partir da crise do pastorado e união do poder político ao pastoral. Para Foucault (2008a), a Razão de Estado seria:

[...] outra maneira de pensar o poder, outra maneira de pensar o reino, outra maneira de pensar o fato de reinar e de governar, outra maneira de pensar o reino do céu e o reino terrestre. Essa heterodoxia é que foi identificada como e chamada de política. (FOUCAULT, 2008a, p. 384).

Com o desenvolvimento da Razão de Estado, destacam-se as condições de possibilidade para o surgimento de um modelo de Sociedade Disciplinar, pois, mais do que administrar, era preciso administrar no detalhe, dominar. Para uma sociedade em que a racionalidade era baseada num modelo disciplinar (FOUCAULT, 2007), as diversas instituições, chamadas de instituições de sequestro – escolas, hospitais, prisões, etc. – buscavam atingir cada indivíduo, a partir de uma norma, de um princípio de comparação. A necessidade de se ter um corpo dócil passava pela imposição de uma disciplina a todos, visto que havia um padrão a seguir e uma norma estabelecida previamente. Há um deslocamento nas formas de exercício do poder, pois não mais o soberano, mas o poder político assume a tarefa de gerir a vida. A máxima do deixar viver, fazer morrer, típica da Soberania, a partir de um conjunto de condições, vai sendo deslocada para um fazer viver, deixar morrer, num exercício chamado de biopoder.

Esse biopoder, de acordo com Foucault, desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas interligadas “por um feixe intermediário de relações” (FOUCAULT, 1988, p. 131): uma anátomo-política do corpo, dirigida ao indivíduo, e uma biopolítica da população, como alvo a espécie.

A partir do desbloqueio das artes de governar, com o advento da população como fim do Governo e a ressignificação da Estatística como ciência de Estado, em meados do século XVIII, temos os mecanismos de segurança, que passam a relacionar-se com um modo de exercer o poder, que considera centralmente a população e o homem-espécie – a biopolítica. Por isso, também a questão do desbloqueio das artes de governar está diretamente relacionada à emergência da população, pois não se trata mais de “obter a obediência dos súditos em relação à vontade do soberano, mas de atuar sobre coisas aparentemente distantes da população, mas que se sabe, por cálculo, análise e reflexão, que podem efetivamente atuar sobre a população”. (FOUCAULT, 2008b, p. 94). É através de uma análise de como o Estado foi sendo “governamentalizado”, nos séculos XV e XVI, na Europa, que aparece a questão de uma arte de governar a espécie humana, que passa, então, a ser percebida no seu âmbito coletivo, como uma população que pode e deve ser administrada.

É nesse sentido que o problema político da Modernidade está diretamente relacionado à questão da população e, como consequência, à maneira como governá-la. A população, enquanto corpo coletivo, será vista como força produtiva e, portanto, que necessita viver e ser gerenciada. Contudo, sendo a população constituída por uma multiplicidade de indivíduos, que se comportam de modo diferente um do outro, foi necessário identificar o que se apresenta de forma invariável dentro desse coletivo. Tal regularidade ou elemento invariante irá permitir que a população seja governada. A constante presente neste conjunto de particulares é o desejo e a “produção do interesse coletivo pelo jogo do desejo: é o que marca ao mesmo tempo a naturalidade da população e a artificialidade possível dos meios criados para geri-la”. (FOUCAULT, 2008b, p. 95).

Nas políticas de saúde, o desejo de se sentir saudável, viver mais, ter vitalidade e ser responsável com sua vida faz com que os sujeitos se curvem aos discursos em prol da vida, assumindo para si tais necessidades. Portanto, há uma mudança importante na

racionalização do poder, pois o problema dos governantes não está mais fundamentado em um modelo repressivo, pautado em como dizer não, mas em como, o governante irá estimular e favorecer a população a agir de determinada maneira, a partir do jogo do desejo. Os mecanismos de segurança não impõem, eles convencem. Dentro dessas características, de convencimento e não de imposição, é que podemos observar a face biopolítica do biopoder, a partir de um entendimento da população, de suas necessidades, de seus medos, de seus desejos, das demandas através das quais se atua, principalmente, por meio de ações educativas, no convencimento dessa multiplicidade.

Consubstanciadas pelo conceitos-ferramenta de governamentalidade e biopolítica, buscamos compreender os enredos entre saúde, inclusão e gerenciamento de riscos, tentando a pensar o modo como tem se constituído e atuado as políticas de saúde no Brasil. Para tanto, procedemos com o exame dos documentos que constituem o Programa Academia da Saúde, os Núcleos de Atenção à Saúde da Família, os Centros de Atenção Psicossocial, o Plano de Ações Estratégicas para o enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, o Guia Alimentar para a população Brasileira, a Política Nacional da Promoção da Saúde e a Estratégia intersetorial de prevenção e controle da obesidade.

Há, em termos de objetivos e finalidades, uma regularidade muito presente nos documentos analisados, apontando estratégias que promovam o gerenciamento da vida individual dentro de um Estado que tem a inclusão como um imperativo necessário à captura dos sujeitos para que no futuro alcancem a autonomia e administrem sua própria vida. Ao olharmos o modo como se organizam, parecem claros seus enredos com uma vontade de incluir para governar.

a. Nos documentos da saúde mental no SUS (Centros de Atenção Psicossocial):

Os CAPS são instituições destinadas a acolher os pacientes com transtornos mentais, estimular sua integração social e familiar, apoiá-los em suas iniciativas de busca da autonomia, oferecer-lhes atendimento médico e psicológico. Sua característica principal é buscar integrá-los a um ambiente social e cultural concreto, designado como seu “território”, o espaço da cidade onde se desenvolve a vida cotidiana de usuários e familiares. Os CAPS constituem a principal estratégia do processo de reforma psiquiátrica (BRASIL, 2004, p. 9).

O objetivo dos CAPS é oferecer atendimento à população de sua área de abrangência, realizando o acompanhamento clínico e a reinserção social

dos usuários pelo acesso ao trabalho, lazer, exercício dos direitos civis e fortalecimento dos laços familiares e comunitários. É um serviço de atendimento de saúde mental criado para ser substitutivo às internações em hospitais psiquiátricos (BRASIL, 2004, p. 13).

b. Nos documentos da Atenção Básica em saúde (Núcleos de Apoio à Saúde da Família):

A Atenção Básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades. [...] considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde de maior frequência e relevância em seu território, observando critérios de risco, vulnerabilidade, resiliência e o imperativo ético de que toda demanda, necessidade de saúde ou sofrimento devem ser acolhidos (BRASIL, 2011, p. 3).

Para a promoção da saúde, é fundamental organizar o trabalho vinculado à garantia de direitos de cidadania e à produção de autonomia de sujeitos e coletividades. Trata-se de desenvolver ações cotidianas que preservem e aumentem o potencial individual e social de eleger formas de vida mais saudáveis (BRASIL, 2009, p. 19).

c. Nos documentos do Programa Academia da Saúde:

Art. 5º - São objetivos específicos do Programa Academia da Saúde:

I - ampliar o acesso da população às políticas públicas de promoção da saúde; II - fortalecer a promoção da saúde como estratégia de produção de saúde; III - desenvolver a atenção à saúde nas linhas de cuidado, a fim de promover o cuidado integral; IV - promover práticas de educação em saúde; V - promover ações intersetoriais com outros pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde e outros equipamentos sociais do território; VI - potencializar as ações nos âmbitos da atenção básica, da vigilância em saúde e da promoção da saúde; VII - promover a integração multiprofissional na construção e na execução das ações; VIII - promover a convergência de projetos ou programas nos âmbitos da saúde, educação, cultura, assistência social, esporte e lazer; IX - ampliar a autonomia dos indivíduos sobre as escolhas de modos de vida mais saudáveis; X - aumentar o nível de atividade física da população; XI - promover hábitos alimentares saudáveis; XII - promover mobilização comunitária com a constituição de redes sociais de apoio e ambientes de convivência e solidariedade; XIII - potencializar as manifestações culturais locais e o conhecimento popular na construção de alternativas individuais e coletivas que favoreçam a promoção da saúde; e XIV - contribuir para ampliação e valorização da utilização dos espaços

públicos de lazer, como proposta de inclusão social, enfrentamento das violências e melhoria das condições de saúde e qualidade de vida da população (BRASIL, 2013a, sem página).

Toda e qualquer ação desenvolvida no Programa Academia da Saúde deve ser pautada na autonomia do usuário para autogerenciar sua saúde, com o apoio do serviço neste processo. [...] Dessa forma, a qualquer momento que o usuário sentir-se “pronto” para cuidar de sua saúde, ele poderá se desligar do serviço, e, quando vivenciar dificuldades em seu autocuidado, poderá buscar apoio novamente no Programa (BRASIL, 2013b, p. 106).

Como podemos perceber, há uma reincidência discursiva, que propõe acolhimento e acesso aos serviços de saúde, que, por consequência, direcionará o indivíduo para a construção de uma autonomia e a capacidade de autogerenciamento da sua vida, permitindo que o sujeito faça escolhas adequadas para a si. Afinal, esse é exatamente um dos pontos a ser percebido e destacado por nós: autonomia para fazer escolhas que as políticas de saúde, produzidas por um Governo, defendem como adequadas para a população brasileira; em outras palavras, uma questão de governo.

Cabe, nesse momento abordar um outro aspecto diretamente relacionado ao convencimento da população: o saber estatístico e a noção de risco.

Relações de saber: a importância do saber estatístico e da noção de risco

Na sociedade de seguridade em que vivemos, a preocupação não está mais em separar os doentes dos não-doentes, como na sociedade disciplinar, mas de identificar o que, estatisticamente, se pauta como normal para determinada doença, no conjunto da população. Em outras palavras, é ver

[...] nessa população qual é o coeficiente de morbidade provável, ou de mortalidade provável, isto é, o que é normalmente esperado em matéria de acometimento da doença, em matéria de morte ligada à doença, nessa população. (FOUCAULT, 2008b, p. 81).

Dessa forma, faz-se necessário abordar nossa compreensão da noção de risco.

O risco está pautado em uma probabilidade, que poderá causar dano – ou não – à saúde do indivíduo. A Política Nacional de Alimentação e Nutrição, de 2013, define risco como “a probabilidade de um efeito adverso à saúde em consequência de um

perigo físico, químico ou biológico com o potencial de causar esse efeito adverso à saúde” (BRASIL, 2013a, p.48). O risco é potencial, algo que pode vir a acontecer. Logo, a noção de risco está intrinsecamente ligada ao saber estatístico. A partir das estatísticas se estabelecem modos de vidas que colocam o sujeito com maior ou menor risco de desenvolver alguma enfermidade. Identificando possíveis riscos, os sujeitos devem ser educados para que saibam qual tipo de comportamento assumir; não por imposição, mas por conscientização, aconselhamento, orientação dos riscos em se distanciar de certos hábitos de vida e de se aproximar de outros, em nome da própria saúde. Para que o sujeito se convença, inúmeros saberes são colocados em jogo e, assim, ocorre um governo que não é determinado externamente na figura do Estado, mas, em um governo pela verdade, que acaba por converter o indivíduo a estabelecer determinados preceitos de vida, em detrimento de outros.

Para Lopes (2011):

Políticas de inclusão podem ser entendidas como manifestações/materialidades da governamentalidade ou da governamentalização do Estado moderno. O que tais políticas almejam é atingir o máximo de resultados junto à população que se quer governar ou junto à população que está sob o risco (calculado) da exclusão, a partir de um esforço mínimo de poder (biopoder) (LOPES, 2011, p. 9).

Pode-se dizer que [...] “a noção científica de risco vai se tornando uma perspectiva cada vez mais vigorosa. Configura a importância de posturas e práticas calculistas que visam ao controle das diversas situações de vida” (CASTIEL, 2007, p. 12). Assim, entendendo que as políticas inclusivas agem como reguladoras sociais no gerenciamento daqueles vistos como casos de risco, governando-os pela mobilização de algumas poucas ações, que incidirão sobre os seus modos de vida, consideramos que as políticas em saúde, que vêm sendo pensadas pelo Estado brasileiro nos últimos anos, principalmente entre 2008 e 2015, podem ser vistas como inclusivas. Lazzarato (2008), trazendo a doença como exemplo, aponta que os dispositivos de segurança, por meio das estatísticas, desenham uma cartografia diferencial da normalidade ao calcularem os riscos de contágio em cada faixa etária, cidade, profissão. Seria uma gestão dos riscos e das normalidades intervindo sobre os acontecimentos possíveis, e não sobre os fatos. Mais do que agir sobre algo que já aconteceu, a ideia é intervir naquilo que poderá

acontecer. Assim, é plausível entender a produtividade de um saber estatístico na fabricação dos riscos. Para haver uma ação, é preciso que se tenha um alvo, um grupo a ser atingido. Esse alvo é produzido pelo saber estatístico. Na análise dos materiais que compuseram o corpus da pesquisa, destacamos tal analogia.

a. Nos documentos da Atenção Básica em saúde (Núcleos de Apoio à Saúde da Família):

Do Processo de trabalho das equipes de Atenção Básica. São características do processo de trabalho das equipes de Atenção Básica: I - definição do território de atuação e de população sob responsabilidade das UBS e das equipes; II - programação e implementação das atividades de atenção à saúde de acordo com as necessidades de saúde da população, com a priorização de intervenções clínicas e sanitárias nos problemas de saúde segundo critérios de frequência, risco, vulnerabilidade e resiliência (BRASIL, 2011, p. 17).

b. No Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil:

As DCNT³ são as principais causas de morte no mundo, correspondendo a 63% dos óbitos em 2008. [...] As principais causas dessas doenças incluem fatores de risco modificáveis, como tabagismo, consumo nocivo de bebida alcoólica, inatividade física e alimentação inadequada (BRASIL, 2011b, p. 11)

Atividade física insuficiente: Estima-se que 3,2 milhões de pessoas morrem a cada ano devido à inatividade física (WHO, 2009a). Pessoas que são insuficientemente ativas têm entre 20% e 30% de aumento do risco de todas as causas de mortalidade (WHO, 2010b). Atividade física regular reduz o risco de doença circulatória, inclusive hipertensão, diabetes, câncer de mama e de cólon, além de depressão (BRASIL, 2011b, p. 31).

c. No Guia Alimentar para a população brasileira

A elevada quantidade de calorias por grama, comum à maioria dos alimentos ultraprocessados, é um dos principais mecanismos que desregulam o balanço de energia e aumentam o risco de obesidade (BRASIL, 2014, p. 43)

O risco só pode ser mensurado a partir de dados estatísticos, percebendo qual a probabilidade de um indivíduo ter tal doença, qual o público mais afetado pela

³ Doenças crônicas não transmissíveis.

enfermidade e quais os efeitos estatísticos na população de maneira geral. Podemos dizer que a análise de risco faz referência aos fenômenos epidêmicos e endêmicos de uma população e, por isso, encontra-se pautado em saberes estatísticos, que têm força de verdade, em que existe uma importância assumida pelo setor Educação. (FOUCAULT, 2008b).

Em outras palavras, o indivíduo, de posse da informação de que pessoas insuficientemente ativas têm entre 20 a 30% maior de propensão a morrer por qualquer causa de mortalidade, espera-se que, por iniciativa própria, a partir de sua liberdade de fazer escolhas, assuma uma postura ativa, já que é um esforço em nome do benefício próprio. É necessário educá-lo, portanto, para que compreenda os riscos para sua saúde e, por consequência, saiba como agir e assuma o controle sobre seu bem-estar, tomando decisões adequadas para sua vida. Vejamos, nos excertos, o destaque atribuído ao ato de educar:

A Educação Permanente deve embasar-se num processo pedagógico que contemple desde a aquisição/atualização de conhecimentos e habilidades até o aprendizado que parte dos problemas e desafios enfrentados no processo de trabalho, envolvendo práticas que possam ser definidas por múltiplos fatores (conhecimento, valores, relações de poder, planejamento e organização do trabalho, etc.) e que considerem elementos que façam sentido para os atores envolvidos (aprendizagem significativa) (BRASIL, 2011, sem página).

Como parte da reorientação dos serviços de saúde, tem sido proposto o reforço de ações educativas coletivas tendo a educação em saúde como método. Esta escolha advém da educação em saúde buscar a articulação entre o conhecimento técnico-científico, representado pelos profissionais, com o saber popular, possibilitando, dessa forma, aos indivíduos e às comunidades compreenderem os condicionantes do processo saúde-doença e obterem subsídios para suas escolhas (BRASIL, 2013, p. 100).

Mais uma vez, podemos perceber nos excertos explorados que, apesar de existir uma identificação de condutas nocivas à saúde, a estratégia adotada por esses órgãos não é a da proibição no acesso, pois as mudanças esperadas estão impostas ao sujeito para que, mediante informação e educação, compreenda que estes não são alimentos adequados para o consumo. Para isso, saberes estatísticos se apresentam como indispensáveis, não só para que sustentem o que é certo ou errado, como também para argumentar biologicamente, respaldar cientificamente, quais são os malefícios e/ou

benefícios de determinadas escolhas.

Os saberes estatísticos são vistos como verdadeiros, visto que acabam por estabelecer a maneira como o sujeito se relaciona com o mundo e que é produzida “em nome de critérios de eficácia e otimização, bem ao modo de uma racionalidade funcionalista e tecnocientífica” (MARTINS; ALTMANN, 2007, p. 35), que se pauta dentro de uma racionalidade neoliberal, na qual estamos imersos. Como Castiel (2015, p. 72) aponta, as metas de gestão de vida hoje são pautadas “como fenômeno biológico configurado por noções de risco propaladas por mensagens médico-epidemiológicas normativas a partir de porta-vozes da prudência, moderação e temperança”, tudo isso em nome de uma vida que é saudavelmente regrada.

Deste modo, nas normalizações, “estão colocadas as muitas ações biopolíticas que, ao agir sobre os indivíduos da população, visam trazer para zonas de normalidade aqueles que estão sob risco” (LOPES; FABRIS, 2013, p. 43). A liberdade, utilizada como técnica de governo, deve ser compreendida dentro dos deslocamentos ocorridos nas tecnologias de poder. O problema central já não está na domesticação e docilidade de um corpo, nem mesmo na disciplinarização de um coletivo ordenado, em um espaço e tempo específicos, mas muito mais em uma questão de autogoverno, para que o sujeito se sinta livre para tomar decisões e gerenciar sua própria vida. No neoliberalismo “o problema é o ‘governo’ de um sujeito que deve ser deixado livre para agir, para que possam se desenvolver as dinâmicas de mercado” (CHIGNOLA, 2015, p. 22). Por isso, não tanto o problema da sociedade disciplinar, mas muito mais um mecanismo de segurança, pois “a liberdade nada mais é que o correlativo da implantação dos dispositivos de segurança”. (FOUCAULT, 2008b, p. 63). A sociedade de seguridade só vai funcionar bem a partir da garantia e produção da liberdade, visto que não se utiliza da imposição da vontade soberana sobre os seus súditos, nem mesmo de uma domesticação do corpo mediante técnicas disciplinares; os mecanismos de segurança fazem uso do convencimento. Um governo pela verdade que se utiliza de diferentes saberes para constranger os indivíduos a se governarem dentro das necessidades econômicas do Estado e do mercado neoliberal. O neoliberalismo requer a liberdade, mas mais do que isso, a liberdade é produzida e consumida neste tipo de jogo econômico. Foucault (2008b, p. 63) aponta que a “reivindicação da liberdade foi uma das condições de desenvolvimento de formas modernas ou, se preferirem, capitalistas da

economia”.

Para o sujeito responder a uma lógica neoliberal de forma adequada, este deve ser capaz de autogoverno, de moderar seus desejos e de se comprometer com escolhas favoráveis à sua saúde. A responsabilidade por essa moderação é colocada no indivíduo, uma vez que os riscos “não podem ser eliminados de vez; só podem ser parcialmente diminuídos”. (SIBILIA, 2010, p. 204). Exige-se do indivíduo uma quantidade variada de “doses de prudência e sacrifício, privações e sofrimentos – um empreendimento que implica uma boa gestão de si, capaz de envolver o indispensável autocontrole e a cotidiana adesão aos modos de vida considerados certos”. (SIBILIA, 2010, p. 204).

Considerações finais

A partir da emergência da população e da necessidade de governá-la, estratégias biopolíticas foram colocadas em prática, pois a “biopolítica lida com a população, e a população como problema político, como problema a um só tempo científico e político, como problema biológico e como problema de poder”. (FOUCAULT, 2010b, p. 206). Somente com o deslocamento das tecnologias de poder, isto é, do afastamento de um poder de subtração para a aproximação de um poder que vai investir na vida (biopoder) – tanto no seu nível individual quanto coletivo – que será possível administrar a população. Nesse sentido, é fundamental percebermos que o investimento sobre um “fazer viver”, hoje, se preocupa com o governo de cada um e de todos. Tal lógica é o que permite pensarmos em políticas de inclusão em saúde, por exemplo, pois o governo da população em torno da prevenção de doenças e da promoção da saúde só é possível mediante um poder, que se preocupe em garantir a manutenção da vida. Nesta nova ênfase do poder, a morte seria o seu limite.

Importa sublinhar que, ao analisarmos as políticas de saúde brasileiras contemporâneas, notamos um foco na ideia de acolhimento, acesso aos serviços de saúde e educação, conduzindo o indivíduo a fazer as escolhas adequadas para si, mantendo-se a salvo dos riscos. Ao compreendermos que políticas inclusivas agem como reguladoras sociais, no gerenciamento daqueles vistos como casos de risco –

fazendo referência aos fenômenos epidêmicos e endêmicos de uma população e, por isso, encontram-se pautadas em saberes estatísticos, que têm força de verdade –, é possível afirmar que as políticas em saúde, que vêm sendo pensadas pelo Estado brasileiro, podem ser vistas como inclusivas.

Não obstante, é preciso dizer que as mudanças esperadas nos indivíduos não estão sendo impostas, pois a estratégia é outra. É preciso que, através de um processo educativo, pautado no saber estatístico, o indivíduo se reconheça como um potencial risco e, a partir disso, conduza sua conduta de forma a ser um sujeito considerado saudável e responsável por si. Isso é estar incluído nas políticas inclusivas de saúde, as quais incluem para conhecer, conhecem para capturar e capturam para trazer os indivíduos para uma normalidade desejável.

Referências

AVELINO, Nildo. Apresentação: Foucault e a Anarqueologia dos saberes. In: FOUCAULT, Michel. **Do governo dos vivos: curso no Collège de France 1979-1980: Excertos**. SP/RJ: Achiamé, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Saúde mental no SUS: os centros de atenção psicossocial / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 27, NASF. Tiragem: 1ª edição, Brasília: MS, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.488 de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília: MS, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil**. Brasília – DF: Ministério da Saúde, 2011b.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.681, de 7 de novembro de 2013**. Redefine o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília: MS, 2013a.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Curso de extensão em promoção de saúde para gestores do SUS com enfoque no Programa Academia da Saúde**. Brasília: MS/UNB, 2013b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira / Ministério da Saúde,**

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

CASTIEL, Luis David. O cuidado de si e a governamentalidade biomédica. **IHU On-line**: Revista do Instituto Humanitas Unisinos, n. 472, ano XV, p. 69-75, 2007.

CASTIEL, Luis David. Identidades sob risco ou risco como identidade? A saúde dos jovens e a vida contemporânea. In: **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v.4, p. 02-16, jul./dez. 2007.

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault**. BH: Autêntica, 2009.

CHIGNOLA, Sandro. Reinventar a liberdade, reinventar a si próprio. In: **IHU On-Line**: Revista do Instituto Humanitas Unisinos, N. 472, ano XV, p. 20-25, 2015.

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: A vontade de saber**. RJ: Graal, 1988.

FOUCAULT, Michel. **Vigiar e Punir**. 33.ed. Petrópolis: Vozes, 2007.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

FOUCAULT, Michel. **Nascimento da Biopolítica**. São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

FOUCAULT, Michel. **Em Defesa da Sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 2010.

FOUCAULT, Michel. **Do Governo dos Vivos**: curso no Collège de France 1979-1980: Excertos. SP/RJ: Achiamé, 2011.

LAZZARATO, Maurizio. Biopolítica/Bioeconomia. In: PASSOS, Izabel (org.). **Poder, normalização e violência**: incursões foucaultianas para a atualidade. BH: Autêntica, 2008.

LOPES, M.C. Políticas de inclusão e governamentalidade. In: THOMA, A.S., HILLESHEIM, B. (Org.). **Políticas de inclusão**: gerenciando riscos e governando as diferenças. Santa Cruz do Sul: EDUNISC, 2011. p. 7-15.

LOPES, Maura Corcini; FABRIS, Eli Henn. **Inclusão e Educação**. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2013.

MARTINS, Carlos José; ALTMANN, Helena. Construções históricas de ideais de corpos masculinos e femininos. In: BAGRICHEVSKY, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre (orgs.). **A saúde em debate** – Volume 3. Ilhéus: Editus, 2007. p. 23-38

NOGUERA-RAMIREZ, Carlos. A governamentalidade nos cursos do professor Foucault. In: BRANCO, Guilherme; VEIGA-NETO, Alfredo (orgs.). **Foucault, filosofia e política**: BH: Autêntica, 2013. 1ª reimp.

SIBILIA, Paula. Em busca da felicidade lipoaspirada: agruras da imperfeição carnal sob a moral da boa forma. In: FILHO, João Freire (org). **Ser feliz hoje**: reflexões sobre o imperativo da felicidade. Rio de Janeiro: Editora FGV, 2010. p. 195-212.

Submissão – 30/08/2019

Aceite – 26/08/2019