

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO E PRÁTICAS DE SAÚDE: REFLEXÕES SOBRE UMA GENEALOGIA DO CUIDADO



Anita Guazzelli Bernardes

Universidade Católica Dom Bosco – UCDB – Brasil



Resumo

Este artigo focaliza o modo pelo qual práticas de cuidado produzidas pelas políticas públicas de saúde, que têm como vetor o perfil epidemiológico, produzem subjetividades. Não se considera uma relação evidente entre cuidado, políticas públicas e perfil epidemiológico; pelo contrário, parte-se dessa articulação como algo que se tornou possível com a modernidade, a emergência da medicina social e, principalmente, a biopolítica. O texto apoia-se nas reflexões foucaultianas, a partir da Psicologia Social, sobre uma genealogia do cuidado de si e a aproxima das políticas públicas de saúde no Brasil a partir do Sistema Único de Saúde. O cuidado torna-se um procedimento de governo das populações, uma estratégia epidemiológica em que se constituem perfis humanos e modalidades de subjetividade.

Palavras-chave: Cuidado. Epidemiologia. Políticas de saúde. Subjetividade.

Este artigo é fruto de uma pesquisa em andamento voltada para a análise da relação entre perfil epidemiológico, políticas públicas e tecnologias de atenção à saúde no Brasil. Focaliza aspectos iniciais do processo de análise, que teve como escopo algumas políticas públicas de saúde, bem como operadores conceituais, para traçar algumas linhas de interrogação do processo de investigação. Trata-se de uma pesquisa em Psicologia Social que tem como campo epistemológico o pós-estruturalismo.

Esta analítica apoia-se nas discussões foucaultianas sobre formas de governo e cuidado de si produzidas pelo autor a partir da década de 1980, principalmente. Desse modo, a reflexão tem como linha que conduz o pensamento a modalidade de experiência analisada por Foucault (1985, 2010, 2010a, 2011) como cuidado de si. A problemática que se apresenta, a partir desse campo de reflexão, é considerar o modo mediante o qual as práticas de cuidado

produzidas pelas políticas públicas que têm como vetor o perfil epidemiológico produzem modalidades de constituição de subjetividades.

Trata-se de um problema, na medida em que se partirá das indicações que o autor supracitado sugere em relação a uma genealogia do cuidado de si. Não se considera uma relação evidente entre cuidado, políticas públicas e perfil epidemiológico; pelo contrário, parte-se dessa articulação como algo que se tornou possível com a modernidade, a emergência da medicina social e, principalmente, a biopolítica. Isso significa uma construção heterogênea em relação àquela produzida no período grego, helenístico e romano, mas que nos auxilia a pensar sobre aquilo que nos tornamos: uma ontologia histórica do presente.

Para essa reflexão, em um primeiro momento, serão apontadas algumas indicações que Foucault (2010, 2010a e 2011) faz sobre uma genealogia do cuidado. A partir disso, será considerada a articulação, na modernidade, entre perfil epidemiológico, políticas públicas e saúde, tomando-se como eixo a figura do anormal e, como política, o biopoder. Com essas considerações iniciais, será discutido o arranjo entre perfil epidemiológico, políticas públicas e práticas de cuidado na atualidade.

Inspirações sobre o cuidado de si

A temática do cuidado de si apresenta-se para esta discussão a partir de indicações que as políticas públicas de saúde passam a apresentar na última década no Brasil. O Pacto pela Saúde (2006) é voltado para “revitalizar a Atenção Básica à Saúde no Brasil” (BRASIL, 2006, p. 3). No que tange à temática do cuidado, as pactuações vão aparecer na Portaria 2488/2011 (BRASIL, 2011), na seguinte formulação: “garantia pela gestão municipal, dos fluxos definidos na Rede de Atenção à Saúde entre os diversos pontos de atenção de diferentes configurações tecnológicas, integrados por serviços de apoio logístico, técnico e de gestão, para garantir a integralidade do cuidado” (BRASIL, 2011, p. 6). Dessa maneira, o cuidado passa a figurar como uma modalidade de articulação da rede de atenção à saúde: será tanto uma prática quanto uma finalidade.

Em decorrência desse anúncio inicial, que será retomado mais adiante, percorreu-se na pesquisa o modo como se torna possível considerar essa relação que se apresenta como uma evidência dos investimentos das políticas públicas: cuidado e saúde. Ou seja, considerar os arranjos que tornam possível essa relação torna-se parte de um problema e, portanto, de uma forma de interrogação.

Essa interrogação constitui-se, sobretudo, a partir de estudos realizados por Foucault nos últimos anos de sua vida. Nesses estudos, tais como as aulas de 1982 (2010), 1983 (2010a) e 1984 (2011) e o livro *História da Sexualidade III* (1985), o autor faz uma genealogia do cuidado de si, tanto no sentido de perscrutá-lo como modalidade de existência quanto no de constituição de uma forma de subjetivação como sujeito moral.

Nesses trabalhos, é feito um conjunto de investigações em textos da Antiguidade greco-romana e em alguns da era cristã, para compreender o que nos tornamos hoje. A empreitada de uma ontologia do presente é perscrutada por Foucault (2010) Diz ele:

a aposta, o desafio, que toda a história do pensamento deve suscitar, está precisamente em apreender o momento em que um fenômeno cultural, de dimensão determinada, pode efetivamente constituir, na história do pensamento, um momento decisivo no qual se acha comprometido até mesmo nosso modo de ser de sujeito moderno. (p. 11).

O cuidado de si será esse fenômeno para o qual o autor voltará o seu olhar.

A miragem do cuidado de si faz-se mediante um campo de inteligibilidade em que se articulam regimes de verdade, normatividades de comportamento e subjetividades possíveis. Essas articulações, tomadas como focos de experiência, conformam modalidades de existência, ou seja, formas de relação do sujeito com a verdade. Um dos eixos de interesse para Foucault nessas investigações (2010, 2010a, 2011, 1985) era voltar-se para domínios de relação do sujeito consigo, por meio de um conjunto de práticas que permitiriam certa relação com a verdade. Era o caso de pensar uma relação de governo de si em que estivesse em jogo certa condição para a constituição de si em termos de uma substância ética.

Assim, incitava-se o pensamento a voltar-se para as relações entre subjetividade e verdade, de uma forma geral, em que certas práticas, tal como na formulação de um cuidado de si, se tornam “uma espécie de agulhão que deve ser implantado na carne dos homens, cravado na sua existência, e constitui um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” (FOUCAULT, 2010, p. 9). Essa inflexão para o cuidado de si vem justamente da inquietação com o privilégio do conhecimento de si, tal qual foi considerado, no pensamento moderno, como agente atemporal de constituição do sujeito, em razão de certa forma de compreensão do princípio délfico de *gnôthi seautón* (conhece-te a ti mesmo).

Nas aulas de 1982 (2010), Foucault sugere que o conhece-te a ti mesmo délfico não era privilegiado, tampouco descolado da *epiméleia heautoû* (cuidado de si); pelo contrário,

aparecia como uma das formas, uma das consequências de determinadas práticas de ocupar-se de si, ou seja, de cuidar de si. O conhecimento de si era um dos efeitos de uma modalidade de relação consigo que implicava um exercício permanente de ocupar-se consigo. O cuidado de si era a forma mais geral que um conjunto heterogêneo de práticas assumia como modo de relação do sujeito com a verdade, principalmente, do sujeito como “forma de vida ativa que pretendesse, efetivamente, obedecer ao princípio da racionalidade moral” (FOUCAULT, 2010, p. 10). Essa forma de vida ativa colocava em jogo quatro dimensões da existência do sujeito, em um vínculo indissolúvel: verdade, conduta, ação política, como tríplice articulação para uma vida bela, virtuosa, quer dizer, estética. Ter-se-ia, assim, uma relação de constituição de si mediante formas de condução da própria conduta, em que verdade, ética, política e estética são indissociáveis.

A tarefa que o autor se colocou foi justamente realizar uma genealogia do cuidado de si para compreender as discontinuidades que se constituíram e acabaram por subsumir o cuidado de si ao conhecimento de si, de modo que o primeiro se tornou, especialmente a partir daquilo que nomeou como momento cartesiano, desprestigiado e marginalizado. Portanto, de princípio de existência, torna-se uma operação secundária, assumindo, inclusive, uma tônica individualista.

Antes de assinalar essas discontinuidades, é importante percorrer brevemente alguns pontos de análise. O cuidado de si, que Foucault (2010) considerou na análise socrática, é um conjunto de práticas que despertam o sujeito de um sono e permitem que alcance a luz. Nesse caso, alçar à luz não tem como prerrogativa o conhecimento de si, mas o cuidado de si, principalmente como forma permanente de ocupar-se de si. Trata-se, assim, de uma estética da existência que estabelece tanto uma modalidade de relação com a verdade quanto de condução da própria conduta, não apenas dirigida a si, mas ao outro. A ética consiste em uma atitude reflexiva sobre a forma de condução da conduta em relação à verdade: “primeiramente, o tema de uma atitude geral, um certo modo de encarar as coisas, de estar no mundo, de praticar ações, de ter relações com os outros. A *epiméleia heautoû* é uma atitude – para consigo, para com os outros, para com o mundo” (FOUCAULT, 2010, p. 11). O autor considera ainda que, como princípio de condução da conduta, o cuidado de si, a partir de diferentes modalidades de práticas de relação consigo e de uma vida virtuosa, vai atravessar quase mil anos de história – do século V a.C até mais ou menos o século V d.C.

Além disso, Foucault (1985) vai apontar que o cuidado de si acaba por circunscrever um campo de uma verdadeira cultura de si. Nessa cultura de si, a *epiméleia heautoû*

não designa simplesmente uma preocupação, mas todo um conjunto de ocupações: trata-se de *epiméleia* quando se fala para designar as atividades do dono-da-casa, as tarefas do príncipe que vela por seus súditos, os cuidados que se deve ter para com um doente ou para com um ferido, ou ainda as obrigações que se prestam aos deuses ou aos mortos” (p. 55).

Indica-se com isso que, mesmo sendo uma intensificação da relação consigo, o cuidado de si é, sobretudo, um conjunto de práticas sociais. É um jogo de trocas e obrigações recíprocas.

Em seus textos, Foucault (1985, 2010, 2010a e 2011) considera dois momentos importantes para a modificação que acaba por subsumir o cuidado ao conhecimento de si. O primeiro deles residiria naquilo que o autor toma como paradoxo socrático-platônico, e o segundo estaria naquilo que apontou como momento cartesiano. O primeiro diz respeito ao modo como vai se apresentar, no platonismo, um plano de bifurcação das formas de ocupação de si, ressaltando-se que o conhecimento não estará descolado do cuidado. Por um lado, haverá toda uma indicação para a conduta do sujeito em relação a si em termos de um cuidado de si; por outro, o platonismo indicará também uma intensificação da necessidade do conhecimento de si. Este último seria a tônica que se passa a dar ao que permite o sujeito ter acesso à verdade. Portanto, o conhecimento de si será o exercício de conhecer a si para acessar a verdade, o que possibilita uma analítica da verdade e constitui as condições para o conhecimento. São duas formas distintas de acesso à verdade, porém, inseparáveis.

A segunda modificação que ocorre, na leitura foucaultiana, é o que o autor nomeou de momento cartesiano. Momento cartesiano porque designa um conjunto de elementos que emergem na modernidade e que não se referem exclusivamente à figura, à autoria de Descartes. Esse momento refere-se a uma forma peculiar que irá aparecer e marcará isto que constitui o que se toma por modernidade: o acesso à verdade dá-se tão somente pelo conhecimento. É o conhecimento e pelo conhecimento que se tornará possível a forma de relação e acesso à verdade. São necessárias condições para a verdade, para o conhecimento, mas elas não dizem mais respeito aos modos de ocupar-se de si, de cuidar de si. O ser do sujeito, como modalidade de existência, no que tange à relação com a verdade, não estará mais em jogo. O que entra em jogo são as condições para o sujeito epistêmico.

Por um lado, teremos a emergência do cuidado como prática de si e, por outro, o conhecimento como prática de si, ambos no que se refere à relação com a verdade. Agora, o que está em jogo será pensar esses modos de subsumir o cuidado ao conhecimento no que diz respeito às formas de aclimação do cuidado no campo das políticas públicas de saúde, a partir de um jogo que se estabelece como forma não de constituição de si, mas de governo da população na modernidade. A relação agonística será entre um sujeito moderno e as formas de governo dos vivos. Essa questão apresenta-se na medida em que as práticas de cuidado analisadas acima eram exercícios exclusivos de certos grupos da população – não uma atitude coletiva, mas de um coletivo. Agora, trata-se de uma política pública, portanto, um exercício voltado para a saúde coletiva.

Modernidade, anormalidade e governo

Agora, é preciso refletir sobre este plano de bifurcação moderno: de um lado, linhas que conduzem a relação do sujeito com a verdade mediante uma forma de subjetivação do sujeito epistêmico; de outro, linhas que compõem o cuidado como forma de investimento e governo da população, tendo como objeto privilegiado a saúde.

No primeiro plano, estabelece-se um conjunto de regulações que permitem o acesso do sujeito à verdade, em especial àquelas que passam a ser produzidas no campo da ciência. Diferentemente daquilo que acontecia na Antiguidade Clássica, o conhecimento e acesso à verdade tornam-se uma possibilidade de liberdade. Ao mesmo tempo, esquadrinha-se a população, não mais como homens livres e não-livres, mas como aqueles que são mais livres do que outros pela condição de sujeitos epistêmicos. A liberdade passa a ser algo passível de ser alcançado, tendo como via privilegiada o acesso ao conhecimento. A ciência moderna estabelecerá essas possibilidades de relação com o conhecimento, sobretudo com a verdade.

Já no segundo plano, o que estará em jogo não será a relação do sujeito com a verdade, mas a forma como a verdade recai sobre o sujeito. Isso é produzido mediante formas de investimento dos Estados modernos no que tange a certas tecnologias do corpo social. O conhecimento, principalmente o científico, será o regime de verdade que tornará possíveis essas tecnologias de investimento no corpo social. O cuidado será uma derivada do conhecimento, ou seja, é a partir de certas formas de conhecer que se produziram tecnologias de cuidado. Nesse caso, diferentemente da Antiguidade Clássica, o cuidado não assume uma modalidade de governo de si, e sim um modo de governar a população.

O governo da população terá como estratégia uma política que age sobre a vida e as formas de viver. A vida e o viver tornam-se uma realidade biopolítica em que a saúde e a doença se tornam problemas do corpo social. Os investimentos na vida e no fazer viver terão como traço marcante o que Foucault (1995) nomeia de noso-política, na qual se encontra um deslocamento dos “encargos coletivos da doença realizados pela assistência aos pobres” (p. 195) para a saúde como um problema de governo das populações – “a saúde de todos como urgência para todos; o estado de saúde de uma população como objetivo geral” (FOUCAULT, 1995, p. 195). É preciso cuidar da população; é preciso uma política de saúde.

Se, no primeiro plano, na modernidade, tratava-se de uma forma de constituição de si como sujeito epistêmico, em que não entrava em cena o cuidado de si, mas o conhecimento de si, no segundo, o que aparece é o sujeito que deverá ser cuidado justamente por não se tratar de um sujeito epistêmico, mas de um sujeito que deve tornar-se um sujeito governável. São dois planos de constituição de subjetividades que, embora contemporâneos, são anacrônicos, distintos, fundamentalmente em termos de tecnologias de governo da conduta e da relação com a verdade. A relação entre esses dois planos constitui-se a partir da articulação entre governo de si e governo do outro no que tange a um estado de minoridade. A população e suas formas de governo são forjadas por uma racionalidade em que o sujeito não tem acesso à verdade e à liberdade na condição de uma minoridade. É preciso que alguém conduza a sua conduta, (FOUCAULT, 2010) que alguém o governe para acessar, mais do que a verdade, a liberdade. O cuidado aparecerá como uma estratégia de governo na qual o que está em jogo não é a constituição de si, mas a saúde da população.

O governo das populações esboça-se a partir de um conjunto heterogêneo de tecnologias e regimes de verdade, tais como demografia, pirâmide de idades, expectativa de vida, morbidades, crescimento das riquezas, distribuição no espaço urbano, entre outros elementos que desenham a população, suas condições de organização e seus modos de viver. A biopolítica constituirá dispositivos, entre eles, os de cuidado, que assegurem a regularidade, a normatividade das formas de viver como possibilidade de acesso à liberdade. Liberdade de circulação, liberdade de escolhas, liberdade como verdade a ser atingida. A liberdade aqui não é condição ontológica para a ética, para uma prática reflexiva; liberdade é algo a ser alcançado, atingido como forma de maioridade. (FOUCAULT, 2000).

O cuidado entrará na esteira das estratégias biopolíticas voltadas para a regularidade do corpo social a partir da norma – norma que opera na direção de uma sociedade de homens

livres: livres de perigos, livres de sujeições, livres de dependências; uma sociedade de segurança que, ao proteger, torna possível a liberdade. Nesse caso, aquilo que caracterizou o cuidado na Antiguidade Clássica como forma de articulação entre verdade, condução da própria conduta e ética para uma vida virtuosa agora assume a condição de uma forma de governo dos vivos no que se refere à relação entre norma, regularidade e liberdade a ser alcançada.

A norma opera tanto na dimensão dos processos de regularidade quanto na das irregularidades que constituem a própria regularidade. Dito de outro modo, o corpo social passa a ser esquadrihado como estratégia de governo a partir daquilo que é normal, regular, e daquilo que é irregular e anormal, ou seja, de sua condição de menoridade e ausência de liberdade. O conhecimento entra como regime de verdade para a definição tanto do normal quanto do anormal, entendendo-se que o anormal é justamente aquilo que justifica os investimentos. É na anormalidade que se focalizará a necessidade de dispositivos de normatização, de segurança para a liberdade de circulação da população. O jogo é considerar a relação entre a norma e a regularidade:

a norma, entendida como regra de conduta, como lei informal, como princípio de conformidade; a norma que se opõe a irregularidade, a desordem, a esquisitice, a excentricidade, o desnivelamento (...) num outro sentido: a norma como regularidade funcional, como princípio de funcionamento adaptado e ajustado; o normal a que se oporá o patológico, o mórbido, o desorganizado, a disfunção (FOUCAULT, 2002, p. 204).

A norma aparece como princípio de segurança para a população em relação às suas anormalidades.

Anormalidade e perfil epidemiológico

A epidemiologia, conjuntamente com a estatística, passa a constituir-se como tecnologia biopolítica a partir da medicina social, que se organiza na Europa com o aparecimento dos Estados modernos. É por meio da relação entre epidemiologia e ações sanitárias que se constituem algumas formas de investimento e esquadrihamento da população. A epidemiologia, tal qual aparece na modernidade, tem como foco principal os modos de transmissão e controle de doenças e a forma de distribuição das doenças na população. A epidemiologia constituirá uma ferramenta da saúde pública e marcará um campo estratégico de conformação da figura da população. É sobre a relação entre

epidemiologia e população que se estabelecem formas de governo da vida. A epidemiologia, nesse sentido, é tanto uma forma de produção de verdade, em termos de regimes de verdade, quanto uma tecnologia de poder. A relação que se estabelece com a norma é justamente porque, mediante a epidemiologia, é possível estabelecer as regularidades e irregularidades da norma, não apenas das patologias. (FOUCAULT, 1995).

O que interessa para este estudo é essa rede entre epidemiologia, saúde pública e população. A epidemiologia, nesse caso, como modo de estratificação e distribuição das doenças no conjunto da população, permite a organização de ações de controle e de investimentos no corpo social. O controle e os investimentos vão desde ações mais macrossanitárias até ações microssanitárias. Tais ações são dirigidas a partir da normalidade e da anormalidade, o que permite uma estratégia de generalização da epidemiologia, uma vez que se estenderá para além das incidências patológicas. Isso significa que as políticas focalizam a normatização do normal e do anormal.

A figura do anormal aparece especialmente no campo da psiquiatria, é uma das vias pelas quais se torna possível o processo de medicalização da vida no seu cotidiano, que não se restringe à patologia. Isso age de duas formas: tanto com um conhecimento médico que é passado para as famílias no âmbito de regime ótico, cuidados e vigilância, voltados principalmente para as crianças e jovens, quanto com a necessidade permanente do controle médico. Assim, há uma operação que age tanto no interior da vida cotidiana quanto no exterior, em termos de políticas de saúde. O anormal não representa uma figura de desvio da natureza, tampouco a expressão necessariamente de uma doença, mas aquelas características que passam a compor uma natureza humana em questões de anomalias, de desvios da norma – natureza esta que se constituiu na relação entre o normal e o anormal. O anormal será aquilo que se apresenta enquanto irregularidade e, ainda, a possibilidade de aparecimento de uma irregularidade. (FOUCAULT, 2002).

É nesse jogo que a epidemiologia se torna uma estratégia justificada para as práticas de cuidado. É no conhecimento do que se é e do que se pode ser que a epidemiologia traça perfis de prevalência, incidência, distribuição, risco. Colada ao anormal, a epidemiologia torna possível não só a definição das estratégias de saúde pública, como também a própria conformação da população em perfis epidemiológicos. Dessa maneira, temos um cuidado que se define a partir de um conhecimento e, sobretudo, uma forma de produção de sujeitos a partir desses planos de prevalência, incidência, distribuição e risco no que concerne à relação

entre o normal e o anormal. O cuidado, nessa relação com o conhecimento, torna-se secundário, ao mesmo tempo em que não se dirige a uma forma de ocupação de si, mas atua como uma tecnologia de controle e vigilância da população, esta distribuída nas políticas de saúde a partir de seu perfil epidemiológico.

A problemática reside nos efeitos da conformação da relação entre epidemiologia, saúde pública e população no que diz respeito ao modo como se constituem as políticas públicas de saúde atualmente no Brasil. É uma problemática porque, entre outras questões apontadas pelo processo de reforma sanitária da década de 1970 e a própria formulação do SUS, se encontra uma crítica a um modelo de saúde em que as ações de saúde pública eram marcadas por uma racionalidade que, ao invés de tomar a saúde como um direito social e, por conta disso, como acesso a possibilidades de vida e liberdade, a utilizava como estratégia de controle e hierarquização da população. Não se trata de estabelecer qual a verdade do SUS e o modo como sua implementação se aproxima ou se distancia dela, mas de considerar os jogos que se estabelecem entre aquilo que marcou uma racionalidade das políticas de saúde e as tensões que se constituem na atualidade por meio dessas relações, ou seja, como o perfil epidemiológico opera em práticas de cuidado contemporâneas. Significa levar em conta a forma de produção de um problema ou, dito de outro modo, refletir sobre a nossa atualidade.

Epidemiologia e práticas de cuidado

Para pensar esta articulação – cuidado e perfil epidemiológico –, são utilizados como documentos alguns textos e políticas públicas que aparecem nos últimos 20 anos no Brasil. Esses documentos não são usados de forma cronológica, tampouco se apresentam como aquilo que marcaria uma época em termos de autoria e reconhecimento social. Partindo de uma genealogia, eles são regimes de luz de uma época e, ao mesmo tempo, aquilo que permite o que Foucault (2002) chama de "tagarelice", em que o cuidado aparece como enunciado das práticas em saúde, articulado a um conjunto heterogêneo de outras práticas.

Conforme se apresentou no início do texto, partiu-se da forma como o cuidado aparece na Política de Atenção Básica (2011), seja como prática, seja como finalidade. De acordo com coletânea organizada por Pinheiro e Mattos (2006), o cuidado articula-se como uma das dimensões da integralidade em saúde. Em um desses textos, encontra-se que,

quando nos reportamos à noção de cuidado, não a apreendemos como um nível de atenção do sistema de saúde ou como um procedimento técnico simplificado, mas como uma ação integral, que tem significados e sentidos voltados para compreensão de saúde como direito de ser. (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 21).

Nessa primeira linha, o cuidado é avizinhado ao direito e à integralidade em saúde, o que Foucault (2002) consideraria como produção de um duplo. O duplo é uma dobra entre dimensões heterogêneas que acabam por articular-se, constituindo uma figura. No caso, a figura do direito é forjada no campo jurídico, enquanto que a da integralidade o é no campo da saúde. Ao justaporem-se essas duas figuras, aparece uma terceira – o cuidado –, que é possível justamente pela dobra do direito com a saúde. Não se trata de uma formulação do cuidado como uma forma de ocupação de si, mas como articulador do direito e da integralidade em saúde; é por meio do cuidado que saúde como direito e ação integral em saúde se tornam possíveis.

O cuidado assume, então, tanto uma dimensão de acesso à cidadania, no caso do direito, quanto de atenção integral à saúde, no caso de necessidades/problemas de saúde. Mais adiante na coletânea, encontra-se a justificativa para o cuidado: "é preciso fazer um deslocamento em nossas concepções de atuação no campo da saúde. Uma transformação no agir que o afaste da referência da intervenção e o aproxime da noção de cuidado" (GUIZARDI; PINHEIRO, 2006, p. 37). O cuidado, dessa forma, assume uma marca política, de construção de outras modalidades de atenção que se distanciem da intervenção, o que "objetiva desfocar a atenção do recurso à intervenção especializada, voltando-a para a construção de laços entre equipe de saúde e a comunidade assistida – laços a partir dos quais se objetiva concretizar a assistência" (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 39). O cuidado constitui-se como foco, como aquilo que permite cidadania, integralidade, assistência. Não está em jogo a relação do sujeito consigo, mas a relação da assistência com o sujeito – é uma estratégia de "laço" entre assistência e comunidade. O cuidado aponta para a possibilidade de aproximação da comunidade no sentido de concretização da atenção.

Desse modo, o cuidado opera no âmbito do governo da conduta, no que se refere ao "laço" entre assistência e comunidade, sobretudo um governo da ação em saúde, e não propriamente do sujeito consigo. O cuidado torna-se uma aposta, na articulação entre direito e saúde, em uma ontologia das ações em saúde, o que constitui uma espécie de núcleo relacional entre o serviço e a comunidade. O cuidado, nesse jogo, é um espaço corporal, de

“laço” entre os corpos, tornando-se possível a existência de uma modalidade de experiência na saúde na qual se pode “concretizar a assistência”. Isso encerra o cuidado em um espaço relacional na assistência. Instaura-se uma forma de relação entre assistência e comunidade como estratégia de transposição da intervenção especializada para o cuidado integral. A Política de Atenção Básica:

é desenvolvida com o mais alto grau de descentralização e capilaridade, próxima da vida das pessoas. Deve ser o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada e centro de comunicação da Rede de Atenção à Saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. (BRASIL, 2011, p.2).

O cuidado, como uma ontologia da saúde, permite a circulação de uma série de elementos que passam a entrelaçar-se ao mais “próximo da vida das pessoas”. O cuidado como estratégia da Atenção Básica constitui-se como estratégia capilar, ou seja, é extensivo a todo o jogo que se estabelece entre assistência e comunidade, na medida em que, pela articulação do direito com a integralidade de saúde, se torna fio condutor da entrada da comunidade na rede de atenção à saúde, ao mesmo tempo em que é condição de possibilidade para acessibilidade, vínculo, continuidade e responsabilização na saúde.

O cuidado, nesse arranjo, assume uma condição relacional na saúde; portanto, ao tornar-se um registro da transposição da intervenção especializada, é objetivado como tecnologia relacional – vínculo, acessibilidade, responsabilização, continuidade, voltados para a proximidade com a vida das pessoas. O cuidado de si, que na Antiguidade Clássica é forjado como modalidade de experiência, de formas de ocupar-se de si entre homens livres, agora aparece no registro de uma tecnologia que estabelece a modalidade de relação da assistência à saúde com a comunidade, no que tange a uma tecnologia leve, porém densa: relacional porque investe nas diferentes formas de vida em seu desenrolar cotidiano.

É no relacional que se constituirá outra forma de bifurcação do cuidado. Por um lado, o cuidado, ao articular-se com o direito e a integralidade, forja essa dimensão relacional das tecnologias em saúde. Por outro lado, as ações de cuidado possibilitam o reconhecimento da população a ser cuidada e serão definidas a partir de um conhecimento sobre a população. Em outras palavras, o cuidado, capilarizando-se no cotidiano das comunidades, torna possível a produção de certas regularidades em campos de visibilidade. Os campos de visibilidade são efeitos das formas de territorialização das ações em saúde, “dirigidas a populações de territórios definidos, pelas quais assume [equipe] a responsabilidade sanitária, considerando a

dinamicidade existente no território em que vivem essas populações”. (BRASIL, 2011, p. 2). A territorialização permite o esquadramento da população quanto às áreas de atuação das equipes de saúde, ao mesmo tempo em que, por meio dessa focalização em um território determinado, conforma um desenho da população em termos de necessidades e problemas de saúde:

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. 1).

O jogo que se constitui é de, ao territorializar, estabelecer os contornos das formas de subjetivação de uma determinada comunidade, ou seja, tornar a população uma comunidade, ao mesmo tempo em que esses contornos definem as próprias ações de saúde. É nesse espaço que entra em cena tanto a epidemiologia quanto sua forma de subjetivação: o perfil epidemiológico, a partir da estratégia de

manter atualizado o cadastramento das famílias e dos indivíduos no sistema de informação indicado pelo gestor municipal e utilizar, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, considerando as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território, priorizando as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL, 2011, p. 7).

A territorialização permite o acompanhamento sistemático da comunidade no que foi escrito anteriormente: incidências, prevalências, distribuição e riscos.

Esse conhecimento que se produz sobre a comunidade é um fio condutor/justificativa da organização das ações de assistência, no qual “o fenômeno saúde tem sido também concebido como expressão do modo de vida (estilo e condições de vida) capaz de explicar, juntamente com as condições de trabalho e do meio ambiente, o perfil epidemiológico da população” (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000, p. 67). Conhecer os modos de viver permite conhecer epidemiologicamente a comunidade assistida, ao mesmo tempo em que o conhecimento epidemiológico define as modalidades de ação, isto é, as práticas de cuidado e a própria transferência de recursos para a assistência têm como um dos critérios o “perfil epidemiológico da população a ser coberta” (BRASIL, 1990, art. 35, p. 15).

Conforme Paim e Almeida Filho (2000) a epidemiologia, juntamente com a gestão em saúde e as ciências sociais, torna-se campo privilegiado da construção das ações em saúde, assim como é apontado na lei orgânica da saúde: “utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática”

(BRASIL, 1990, art. 7, p. 4). Nesse sentido, o relacional do cuidado é conformado pela produção da epidemiologia. Conhece-se para cuidar, e cuida-se daquilo que se conhece.

A epidemiologia, como regime de verdade na saúde, constitui tanto o campo de inteligibilidade quanto a justificativa para as formas de condução da conduta, para as formas de governo da população, estabelecendo prioridades, alocação de recursos e ações programáticas. O relacional, desse modo, é coordenado pelo epidemiológico, mas é o relacional que permite a singularidade do epidemiológico. É na proximidade com a vida das pessoas que o epidemiológico assume um registro do esquadramento não apenas da população em seu conjunto, mas da comunidade. O cuidado permite que a epidemiologia passe de uma dimensão macropolítica para uma dimensão micropolítica. É justamente nesta dimensão micropolítica que a produção de subjetividades se constitui.

Produção de subjetividade e perfil epidemiológico

Tal qual foi escrito anteriormente, a articulação entre perfil epidemiológico, políticas de saúde e práticas de cuidado é pensada como uma problemática do presente, de modo a estabelecer um campo possível para uma ontologia do presente. Conforme se percebeu ao longo do texto, delineia-se uma linha de articulação do cuidado com a epidemiologia como estratégia de governo dos vivos. Trata-se de uma biopolítica que, da figura da população, acaba por forjar a figura da comunidade, onde se torna possível estabelecer uma série em que se aproximam cuidado-relacional/assistência/direito/integralidade. Essa série opera na minúcia do cotidiano das vidas. É na Atenção Básica que é formada; desse modo, é com base na produção epidemiológica que se constituem formas de subjetividade, uma vez que o epidemiológico conforma desenhos, traços, modalidades de experiência, ou seja, perfis epidemiológicos.

A epidemiologia, ao definir o que caracteriza uma determinada população em termos de necessidades e problemas de saúde e investir nessa definição, acaba por estabelecer modalidades de acesso do sujeito à saúde. As modalidades de acesso à saúde produzem não apenas as formas de atenção à saúde, mas os modos mediante os quais os sujeitos se dão a conhecer na saúde. Assim, ao estabelecer as regularidades e irregularidades das comunidades, quando operada pelo cuidado relacional, a epidemiologia produz perfis, produz sujeitos – quem são, como são, como vivem, onde vivem – e os distribui conforme sua prevalência,

incidência, frequência, vulnerabilidade, sendo sob o efeito de conjunto dessa distribuição que se forjam perfis epidemiológicos.

O perfil epidemiológico registra e, ao mesmo tempo, produz tanto o normal quanto o anormal. A problemática reside justamente em que, no perfil, algumas regularidades contam e outras não. A forma como o perfil epidemiológico produz subjetividades diz respeito ao modo como se estabelece a relação do sujeito com a verdade; diferentemente da Antiguidade Clássica, não se trata do acesso do sujeito à verdade, mas do modo como a verdade recai sobre o sujeito.

Nesse procedimento de recair sobre o sujeito, o perfil epidemiológico estabelece aquilo que conta como regularidade. A regularidade, como já foi escrito, inclui uma relação entre o normal e o anormal, sendo que este faz parte do próprio normal, no que se refere a perfis epidemiológicos, ou seja, presença ou ausência de desvios, de irregularidades. Entretanto, há uma produção de subjetividades que não entram nessas regularidades – aquelas que são anormais nas próprias regularidades, no próprio perfil epidemiológico.

Nesse caso, o perfil epidemiológico que se constitui a partir de um cuidado relacional, mesmo em se tratando de um efeito do duplo direito/integralidade, tem um excesso que não é absorvido no âmbito da assistência. As prioridades, recursos e ações programáticas apresentam um excesso, aquilo que escapa da norma do anormal.

Trata-se daquilo que se encontra entre o perfil epidemiológico, aquilo que não se dá a conhecer, mesmo estando presente no contato com o cuidado relacional. A Política de Atenção Integral à Saúde do Idoso tem como programas na Atenção Básica os cuidados com controle da diabetes e da hipertensão; os idosos que não têm esse perfil epidemiológico acabam por não ser absorvidos nas estratégias, inclusive de prevenção. As jovens que engravidam saem da Política Nacional de Atenção Integral para Crianças e Jovens e são subsumidas na Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, deixando de ser foco das ações da outra política. A política para hanseníase constitui ações de prevenção e tratamento/cura, porém escapam ao perfil a dificuldade de mobilidade, o rompimento com os laços, bem como a faixa etária das pessoas.

As políticas de saúde, ao operarem a partir da epidemiologia, constituem um campo de governo das vidas mediante estratégias de cuidado que apostam em algumas formas de subjetividade e em outras não. Mais do que irregularidades, aquilo que escapa assume uma condição de invisibilidade na Política. A questão não diz respeito ao fato de que a Política

deveria absorver toda e qualquer forma de vida, pois, nesse caso, haveria uma medicalização absoluta das formas de viver. A questão reside em como o duplo direito/integralidade, a partir de uma tecnologia relacional como o cuidado, investe em algumas formas de viver e em outras não. Isso significa a possibilidade maior ou menor de acesso não apenas à verdade, mas, sobretudo, a práticas de liberdade nas quais estariam em jogo os modos como os sujeitos se relacionam com a norma. O conhecimento, ao esquadrihar a população, estabelece aqueles que contam e aquilo no que se investe em termos de um fazer viver. O cuidado, então, torna-se uma estratégia do conhecimento nesse esquadrihamento do direito à vida e às possibilidades de viver.

Retomando algumas linhas

Quando os textos foucaultianos se voltam para uma genealogia do cuidado de si, não objetivam resgatar algo que foi perdido na humanidade e que, portanto, deveria ser recuperado, mas, a partir de uma genealogia de certa modalidade de experiência, tal qual a do cuidado de si, pensar a nossa atualidade. Nesse sentido, deve-se considerar a relação do sujeito com a verdade na articulação entre ética, estética e condução da própria conduta. O que se encontra na contemporaneidade é justamente aquilo que deixamos de ser. Ocupar-se de si, no que diz respeito ao cuidado que se produz, mediante políticas públicas de saúde, não é voltado para a constituição de um sujeito que se dá a conhecer e governa a si mesmo por meio da relação entre ética, estética, verdade e condução da própria conduta. O cuidado torna-se um procedimento de governo das populações, uma estratégia epidemiológica na qual se constituem perfis humanos, modalidades de subjetividade em que a estética e a ética talvez encontrem condições de possibilidade naquilo que escapa à verdade e às formas de condução da conduta, ou seja, naquele excesso na saúde.

EPIDEMIOLOGICAL PROFILE AND HEALTH PRACTICES: REFLECTIONS ON A GENEALOGY OF CARE

Abstract

This paper focuses on the way that care practices produced by public health policies, which have the epidemiological profile as their vector, produce subjectivities. The relationship between care, public policies and epidemiological profile is not regarded as evident; rather,

this articulation is seen as something that has become possible due to modernity, the emergence of social medicine and, mainly, the bio-politics. This study is supported by Foucauldian reflections, from the Social Psychology, on a genealogy of the care of the self and approximates it to the public health policies followed by the Unified Health System in Brazil. Care has become a procedure to govern the populations, an epidemiological strategy in which human profiles and modalities of subjectivity have been constituted.

Keywords: Care. Epidemiology. Health policies. Subjectivity.

PERFIL EPIDEMIOLÓGICO Y PRÁCTICAS DE SALUD: REFLEXIONES SOBRE UNA GENEALOGÍA DEL CUIDADO

Resumen

El presente artículo foca el modo por el cual las prácticas de cuidado producidas por las políticas públicas de salud, que tienen como vector el perfil epidemiológico, producen subjetividades. No se considera una relación evidente entre cuidado, políticas públicas y el perfil epidemiológico; por lo contrario, se toma esa articulación como algo que se ha tornado posible con la modernidad, la emersión de la medicina social y, principalmente, la biopolítica. El texto se apoya en las reflexiones foucaultianas, de la Psicología Social, sobre una genealogía del cuidado de sí y la acerca de las políticas públicas de salud en Brasil a partir del Sistema Único de Salud. El cuidado tornase un procedimiento de gobierno de las poblaciones, una estrategia epidemiológica en que se constituyen perfiles humanos y modalidades de subjetividad.

Palabras-clave: cuidado; epidemiología; políticas de salud; subjetividad.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Lei nº. 8080, de 19 de setembro de 1990. Lei Orgânica da Saúde. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário oficial da--*

- união*. Brasília, DF, p. 005346, set. Seção 1, 1990. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.
- FOUCAULT, M. *História da Sexualidade III*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1985.
- FOUCAULT, M. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1995.
- FOUCAULT, M. O que são as Luzes. In: FOUCAULT, M. *Ditos & Escritos II: Ética, sexualidade, política*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2000. p. 335-351.
- FOUCAULT, M. *Os Anormais*. São Paulo: Martins Fontes. 2002.
- FOUCAULT, M. *A Hermenêutica do Sujeito*. São Paulo: Martins Fontes. 2010.
- FOUCAULT, M. *O Governo de si e dos Outros*. São Paulo: Martins Fontes. 2010a.
- FOUCAULT, M. *A Coragem da Verdade*. São Paulo: Martins Fontes. 2011.
- GUIZARDI, F. L.; PINHEIRO, R. Quando a Dádiva se Transforma em Saúde: algumas questões sobre a integralidade e o cuidado nas relações entre Estado e sociedade. In: PINHEIRO, R.; MATTO, R. A. (Orgs.), *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPES/ UERJ, 2006. p. 37-55.
- PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. *A crise da saúde pública e a utopia da saúde coletiva*. Salvador, BA: Casa da Qualidade Editora. 2000.
- PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F. L. (2006). Cuidado e Integralidade: por uma genealogia de saberes e práticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTO, R. A. (Orgs), *Cuidado: as fronteiras da integralidade*, Rio de Janeiro: CEPES/ UERJ, 2006. p. 21-35.
- PINHEIRO, R.; MATTO, R. A. (Org). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: CEPES/ UERJ. 2006.
- 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). *Diário Oficial da União*, 2011. Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488.html>>. Acesso em: 05 nov. 2011.

Data de recebimento: 17/03/2013

Data de aceite: 26/06/2014

Sobre a autora:

Anita Guazzelli Bernardes é graduada em Psicologia pela Universidade do Vale do Rio dos Sinos (1996), mestrado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2002) e doutorado em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (2006). Atualmente é professora e pesquisadora do Mestrado em Psicologia da Saúde da Universidade Católica Dom Bosco. Tem experiência na área de Psicologia Social e Saúde, com ênfase principalmente nos seguintes temas: políticas públicas, formas de subjetivação, psicologia e trabalho.