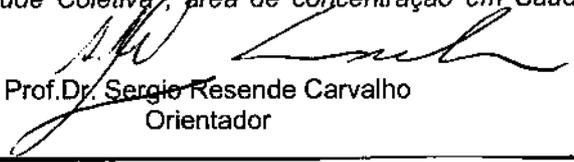


**JULIANA ALINE PACHECO**

*Este exemplar corresponde à versão final da dissertação de Mestrado, apresentada à Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva..*

  
Prof. Dr. Sergio Resende Carvalho  
Orientador

## **A FRONTEIRA CLÍNICA-PREVENÇÃO**

**Por uma outra analítica do poder**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

**JULIANA ALINE PACHECO**

# **A FRONTEIRA CLÍNICA-PREVENÇÃO**

**Por uma outra analítica do poder**

Dissertação de Mestrado apresentada à Pós-Graduação da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas para obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva, área de concentração em Saúde Coletiva

**ORIENTADOR: SÉRGIO RESENDE CARVALHO**

**CAMPINAS**

**Unicamp**

**2008**

**FICHA CATALOGRÁFICA ELABORADA PELA  
BIBLIOTECA DA FACULDADE DE CIÊNCIAS MÉDICAS DA UNICAMP**

Bibliotecário: Sandra Lúcia Pereira – CRB-8ª / 6044

P115f Pacheco, Juliana Aline Andrade Vila  
A fronteira clínica - prevenção por uma outra analítica do poder /  
Juliana Aline Andrade Vila Pacheco. Campinas, SP : [s.n.], 2008.

Orientador : Sérgio Resende Carvalho  
Dissertação ( Mestrado ) Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas.

1. Prevenção. 2. Clínica Médica. 3. Poder ( Ciências Sociais). I.  
Carvalho, Sérgio Resende. II. Universidade Estadual de Campinas.  
Faculdade de Ciências Médicas. III. Título.

**Título em ingles : The border clinic - prevention : another analytical of the  
power**

**Keywords:** • Prevention  
• Internal Medicine  
• Power ( Social Science)

**Titulação: Mestre em Saúde Coletiva**  
**Área de concentração: Saúde Coletiva**

**Banca examinadora:**

**Prof. Dr. Sérgio Resende Carvalho**  
**Prof. Dr. Emerson Elias Merhy**  
**Prof. Dr. Ricardo Rodrigues Teixeira**

**Data da defesa: 27- 02 - 2008**

---

**Banca examinadora da Dissertação de Mestrado**

---

---

**Orientador: Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup>. Sergio Resende Carvalho**

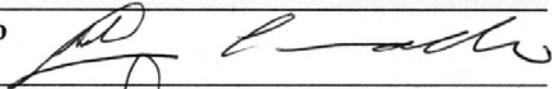
---

---

**Membros:**

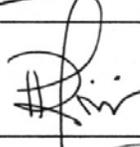
---

**Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> Sergio Resende Carvalho**



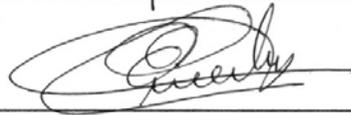
---

**Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> Ricardo Rodrigues Teixeira**



---

**Prof.<sup>(a)</sup> Dr.<sup>(a)</sup> ) Emerson Elias Merhy**



Curso de Pós-Graduação em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas.

---

Data: 27/02/08

---

Às meninas da supervisão em grupo: Lalitas, Fê Lopes, Fezinha, Jú Diaz, Lecs e Mé. Por serem as minhas eternas meninas. Por me ajudarem a seguir acreditando em uma psicologia mais interessante. Por serem inteligentes, mas também lindas. Por serem absurdamente competentes, mas também engraçadas e espalhafatasas.

À Cris Vincentin. Pelas primeiras aulas de Análise Institucional – inesquecíveis – e por ter me apresentado ao Deleuze, Guattari e companhia. Por ser um exemplo de um certo modo de andar na vida cheio de simplicidade e abertura.

Ao Ricardo Teixeira. Pela doçura com que fez suas contribuições na banca de qualificação e pela mesma doçura com que caminha por aí. E ao Emerson Merhy, pelas muitas provocações.

À Felícia. Por ter cruzado meu caminho em Seminários e ter me forçado a desconstruir meus preconceitos com a clínica. Esta dissertação é ainda reverberação das coisas que você me fez pensar.

Aos meus meninos: Nunes, Bru, Anderson e Richards. Por terem experimentado comigo como é estar num grupo que não teme a própria morte. Pela coragem de pensar, mas principalmente de fazer e ser diferente. Ao Dani, o menino mais menino entre os meus meninos, que chegou por último, mas não menos encantadoramente. Por ter os olhos azuis mais bonitos da FCM.

À Mi, Manu e Núncio. Por discutirem comigo sobre cores e amores, enxaquecas e homeopáticas... Por terem feito do tempo de mestrado algo divertido, de muitas profissões e muitos sotaques!

À Zeneide. Por me ajudar a sustentar o que se sente, a cada momento. E por não me deixar esquecer que, se algo está triste na vida, é uma questão política tentar fazer com que seja diferente.

Ao Lê – quem mais atravessou fronteiras enquanto eu falava delas. Porque sua existência não me deixa esquecer que existem muitas coisas no mundo a serem melhoradas e mais coisas ainda a serem combatidas.

À Dju. Meu parzinho. Com certeza a amiga mais próxima nestes tempos de mestrado. Por termos provado, juntas, que as pessoas mudam, pra melhor! Pelos sambas, pelas conversas de MSN, pelos infinitos telefonemas nas horas de crise, pelos relatórios (manhã, tarde e noite), pelos cafés de domingo, pelas conversas rápidas nos intervalos na PUC e pelos almoços no Quitanda. E, mais do que tudo isso, por me forçar a abraçá-la... Por mais difícil e chato que isso seja às vezes.

À Paulinha. Minha companheirinha. Meu presente campineiro mais lindo. Filha de Oxum, de novo linda... Por saber chorar quando é preciso. Por me dar a certeza que, se numa madrugada crítica eu precisar, ela sai de casa e percorre 100 km pra não me deixar passar a noite sozinha. E também por diagnosticar melhor que ninguém a causa específica de cada empipocamento meu.

À Mô. Que mesmo distante no período desta dissertação segue sendo meu porto seguro, minha irmã por escolha. Por termos crescido e suportado todos os distanciamentos que isso traz. E por trazer para minha vida a simplicidade que eu esqueço de exercitar neste tempo todo de intelectualidade.

E ao Sérgio Vizza. Pela parceira que soubemos construir. Por ter me feito viciar nessa coisa que é pensar a disciplina e o controle. Por transformar comigo a Bandeirantes num trajeto mais fácil de ser percorrida às 8 horas da manhã. Por reclamar comigo do tempo excessivamente azul e quente de Campinas – e por festejar os dias frios e cinzas de Sampa. Por ter me ajudado a compreender o que é a dobra de dentro do lado de fora. Por todas as citações – de Kafka a Baudelaire. Pelos muitos cafés... Esta dissertação deve muito ao nosso encontro. Obrigada.

E, claro...

Ao Vôzinho e à Vózinha – de novo e eternamente – por terem me mostrado como podem caminhar juntos, por uma vida, astúcia e bondade, firmeza e doçura.

À Mamita. Por ser minha mãe. Por existir e, assim, garantir a minha certeza que existe alguém que cuidará do Rosinha, da melhor maneira que há, da maneira mais incondicional. Por esse cuidado... E por tudo o que ele significa.

Ao Papito. Por ser meu chão. Por toda segurança que ele me dá. E por continuar me dando essa segurança mesmo quando eu reclamo que ela é excessiva. Por ter sido meu primeiro exemplo de sabedoria. Por acreditar que eu sou capaz e por esperar de mim sempre mais. Isso às vezes me cansa, mas já me fez chegar a muitos lugares, por exemplo, a esta dissertação.

À Dri. Por ser minha irmã há vinte cinco anos, dividindo comigo esse trampo foda que é crescer. Por todos os ataques de risos – desde pequena até hoje. Por me aceitar como eu sou: teimosa, brava, ditadora, crítica... Mas também por me querer melhor: mais calma, mais leve, mais feliz. E, fundamentalmente, por ser minha certeza que, nesta vida, eu nunca ficarei sozinha. Yeah!!!

Ao Rosinha. Por ser meu pequenininho. E por ficar por perto enquanto eu escrevo – às vezes me distraíndo, outras vezes apenas ali.

E, por fim, ao Orientador. Por sustentar espaços onde as coisas podem acontecer de verdade. Pela coragem e imensa sabedoria com que assume o não tudo saber. Admiro muito!

	<b>PÁG.</b>
<b>RESUMO</b> .....	<i>xvii</i>
<b>ABSTRACT</b> .....	<i>xxi</i>
<b>A VONTADE DE COMPREENDER O MEIO: A FRONTEIRA CLÍNICA-PREVENÇÃO</b> .....	25
A integração de uma constatada dicotomia: A Saúde Coletiva Brasileira e a Fronteira Clínica-Prevenção.....	29
Construindo a questão.....	32
Um outro modo de fazer ver e falar, para fazer ver e falar o meio.....	33
Clínicas e prevenções – em busca de uma definição que questione definições.....	36
Clínicas.....	37
Prevenções.....	39
A articulação como uma afirmação.....	41
<b>O PERCURSO POR MUITOS MEIOS</b> .....	45
Mais que um método – um olhar sobre o campo da saúde a partir da multiplicidade.....	49
Foucault e a denúncia do intolerável e das linhas de singularização.....	54
Poder em Foucault.....	56
Diagramas de poder e a formalização de saberes.....	62
<b>DIAGRAMA DISCIPLINAR E A FRONTEIRA CLÍNICA-PREVENÇÃO</b> .....	67
Modernidade – quando os poderes de criação descem dos céus à terra.....	69

Diagrama disciplinar e suas duas estratégias coordenadas: a anátomo e biopolítica.....	72
A coordenação clínica-prevenção no diagrama disciplinar.....	78
As práticas clínicas sob o diagrama disciplinar.....	84
Os saberes preventivos sob o diagrama disciplinar.....	87
Anúncios da transição.....	90
<b>O ESFORÇO DE INTEGRAÇÃO COMO SINTOMA DA TRANSIÇÃO E A DILUIÇÃO DAS FRONTEIRAS COMO EXPRESSÃO DE UM NOVO DIAGRAMA.....</b>	<b>93</b>
Os primeiros movimentos da transição: a hibridização entre clínica e prevenção – saúde e doença.....	95
Para começar a compreender a transição e recolocar a questão da dialética.....	100
O reconhecimento da sobreposição – o enfoque nas novas estratégias.....	104
A invisibilidade e a flexibilização das estratégias de controle no contemporâneo.....	105
A imaterialidade como estratégia (E Efeito) fundamental do poder na sociedade de controle.....	111
As respostas do movimento da SCB aos sintomas de desmaterialização.....	117
A fronteira clínica-prevenção em uma sociedade sem fronteiras.....	120
<b>ALGO COMO UM FIM, AINDA PELO MEIO.....</b>	<b>125</b>
A força de afirmação daquilo que desconstrói.....	127
A cada tentativa: uma aposta na potência da fronteira clínica-prevenção no contemporâneo.....	128
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>135</b>

**RESUMO**

Esta dissertação busca afirmar a relação entre saberes clínicos e preventivos enquanto relação constitutiva do campo da saúde a partir da Modernidade. A partir desta afirmação, mapeia as alterações na relação entre estes dois saberes a partir da análise dos diagramas de poder que lhe são contemporâneos.

Para realizar tal mapeamento, se mostrou necessário produzir um aparato metodológico que desse conta de analisar as mudanças das estratégias do poder ao longo da Modernidade e no contemporâneo. Para tanto, foram usadas extensamente as idéias de Foucault, mas também de outros autores que estenderam, ampliaram e potencializaram o pensamento foucaultiano – fundamentalmente Gilles Deleuze, Antonio Negri e Michael Hardt.

Estudo, portanto, em um primeiro momento, as estratégias de poder próprias ao Diagrama Disciplinar e os modos clínicos e preventivos neste contexto, bem como a relação entre eles. Aqui é possível localizar como a relação clínico-preventivo fundamenta na estruturação do campo da saúde a partir da Modernidade. Congregando com as estratégias anátomo e biopolíticas deste diagrama, clínica e prevenção funcionam de forma articulada visando produzir e gerir indivíduos e coletividades, devidamente relacionados de forma dicotomizada, sob a lógica da *norma*.

O último momento do trabalho visa acompanhar a transição ocorrida nas estratégias do poder soberano expressas a partir das décadas de 1960 e 1970. O estudo da passagem do Diagrama Disciplinar para o que muitos autores têm chamado de Sociedade de Controle serve, aqui, como modo de compreensão das alterações na relação entre clínica e prevenção nos dias atuais. O *borramento* das fronteiras (entre saúde e doença, cura e prevenção, dano real e risco), a invisibilidade do poder e a *desmaterialização* são as características mais fortes da fronteira clínica-prevenção hoje em dia. Um controle que se dá não mais por exclusão e inclusão, mas que opera por modulação contínua dos estados ditos saudáveis, um controle contínuo e que prescinde das instituições e das ações de saúde próprias da Modernidade para se efetuar.

**ABSTRACT**

This dissertation seeks affirm the relationship between knowledge and clinical preventive as constitutive relation of the field of health from the Modernity. From this statement, maps the changes in the relationship between these two knowledge from the analysis of diagrams of power that you are contemporary.

To make such mapping, was necessary to produce a methodological apparatus that this account to examine the changes of strategies of power throughout Modernity and the contemporary. For both, were used extensively the ideas of Foucault, but also of other authors who have extended, and expanded the thought foucaultiano - basically Gilles Deleuze, Michael Hardt and Antonio Negri.

Study therefore it at first, the strategies to be able to own Diagram Disciplinary and ways clinical and preventive this context, and the relationship between them. Here you can find the relationship as clinical and preventive based in the structuring of the field of health from the Modernity. Assembling with the strategies and anatomical this diagram, clinical and prevention work in order articulated aimed produce and manage individuals and collectivities, properly connected so dichotomized, under the logic of the standard.

The last time the work visa accompany the transition occurred in the strategies of power sovereign expressed from decades of 1960 and 1970. The study of the passage of the Disciplinary Diagram for what many authors have called Control's Society serve here, as a way of understanding the changes in the relationship between clinical and prevention nowadays. The blurring of borders (between health and disease, cure and prevention, and risk real damage), the invisibility of power and desmaterialisation are the characteristics strongest of the border-prevention clinic today. One control that is not more for exclusion and inclusion, but that operates by continuous modulation of the states themselves healthy, and that prescind continuous control of the institutions and of the actions of the Modernity own health to make.

**A VONTADE DE COMPREENDER O *MEIO*:  
A Fronteira Clínica-Prevenção**

*“E o território só vale em relação a um movimento através do qual se sai dele.” (Deleuze)*

Fronteira como o lugar da conexão, mas também dos limites, dos limites ‘de dentro’ e dos limites que formam um ‘de fora’. Espaço de encontro e de separação; espaço que faz revelar o que há entre, o que há fora, o que há nas bordas. Como aponta Deleuze e Parnet citando Godard:

*“(…) o que conta não são apenas os dois campos opostos sobre a grande linha onde eles se confrontam; o que conta é a fronteira, por onde tudo passa e corre sobre uma linha quebrada molecular orientada de modo diferente.” (1988: 153)*

É neste sentido que me proponho, neste trabalho, a pensar a relação entre a dimensão clínica e a dimensão preventiva ou, antes, entre saberes clínicos e saberes preventivos, bem como as transformações recentes nesta relação: a partir de sua fronteira. Com isso, pretendo explorar o espaço do entre que produz, dissolve, opõe, relaciona e distancia a dimensão clínica e a dimensão preventiva para mapear o que este espaço fronteiriço expressa acerca da constituição do campo da saúde – fundamentalmente seus movimentos de captura e singularização.

Este trabalho é um esforço constante de manter-se no meio – mesmo que isso tenha como efeito a denúncia de ser alguém que de nada fala. Sempre tentada a recuperar os campos, as oposições, as demarcações de linhas e a sedutora interioridade de cada território. Ou, ao contrário, tentada a anular diferenças, chapar superfícies e contornos, homogeneizar de cabo a rabo. Mesmo tomada por estas tentações, este será e segue sendo o esforço: alcançar o meio e substancialmente o meio.

Para isso, muitas manobras, mas sem dúvida duas principais: atravessar e fugir dos territórios e suas limitações duras, arrastando, neste atravessamento, qualquer possibilidade da ditadura de um novo endurecimento:

*“Não se trata de acrescentar sobre a linha um novo segmento aos segmentos procedentes (...), mas de traçar outra linha no meio da linha segmentária, no meio dos segmentos, e que as carrega conforme velocidades e lentidões variáveis em um movimento de fuga ou de fluxo. Falar sempre como geógrafo (...).” (ibidem: 152)*

Meu interesse em estudar o espaço do *entre* expresso na relação entre clínica e prevenção foi se produzindo durante toda minha graduação, a partir de algumas experiências e muitas ações do pensamento, mas começou a se formalizar de fato durante meu primeiro ano de formada. Neste momento cursava o aprimoramento em Saúde Mental (SM) no Departamento de Medicina Preventiva e Social da UNICAMP. Este curso de aprimoramento tem quase a totalidade de sua carga horária semanal voltada para a prática em serviços de saúde; sendo assim, permaneci durante um ano trabalhando em uma Unidade de Saúde da Família (USF) e em um Ambulatório de SM de uma pequena cidade do interior de São Paulo e tive uma experiência com grupos realizados em um Módulo de Saúde da Família em Campinas.

Este modo de inserção – na Rede Básica, mas também nas Especialidades – privilegiou reflexões que articulavam vários níveis e modos de operar do sistema de saúde, incluindo discussões sobre a organização da rede municipal de SM, o “lugar” dos serviços de especialidades nesta rede, a função da SM na Rede Básica etc. Ao mesmo tempo em que proporcionava uma visão “ampla”, também permitiu o contato com o dia a dia dos diferentes serviços e os diferentes tipos de intervenções realizadas em cada nível do sistema.

Chamou-me atenção, nesta experiência, não apenas os modos de funcionar do sistema de saúde e as relações entre serviços da atenção primária e de atenção secundária e terciária, mas, principalmente, me pareceu interessante pensar os diversos movimentos – na Rede, mas também na produção de saberes, no âmbito de cada serviço, na dimensão de cada intervenção – de articulação entre saberes e ações *clínicas* e ações e saberes de *prevenção e promoção da saúde* – não apenas nas especificidades da SM, mas no campo da saúde como um todo.

Duas sensações guiaram minhas primeiras idéias sobre esta articulação: uma primeira de espanto com os cuidados excessivos, as brigas entre territórios, as diversas oposições e disputas que se davam entre os campos da clínica e da prevenção. E uma segunda que se configurava como uma suspeita acerca da potência que poderia se atualizar ao acessarmos a articulação entre saberes clínicos e preventivos – tal articulação sendo,

talvez, capaz de desestabilizar certezas ‘pobres’ de um e outro campo. Foi na busca de navegá-las, ambas as sensações, que comecei a produção desta dissertação.

### **A integração de uma constatada dicotomia: a Saúde Coletiva Brasileira e a fronteira clínica-prevenção**

A articulação clínico-preventivo foi estudada por diversos autores no âmbito da Saúde Coletiva brasileira (SCB) com diferentes enfoques e nomeações. Ora as discussões se focam na relação *clínica-saúde pública (saúde coletiva)* (Campos, 1991; Paim e Almeida Filho, 1998; Campos, 2006), ora no par epidemiologia-clínica (Campos, 1991; Almeida Filho, 1992; Almeida Filho, 2003), ora, ainda, tal relação é estudada sob os termos *atenção médica individual-saúde pública* (Campos, 1991; Mendes, 1993; Merhy, 1997; L’abbate, 2003; Campos, 2006).

A primeira coisa a notar, portanto, é que ao falar da relação entre clínico e preventivo acabamos por sobrepor diversas outras noções, tendo, de maneira hegemônica a sobreposição clínica-assistência individual-medicina e prevenção-ações coletivas-saúde pública.

Fazendo um breve mapeamento dos estudos sobre a relação clínica-prevenção dentro do campo da SCB percebi como tendência geral das produções o enfoque na relação clínica-prevenção enquanto **uma dicotomia a ser superada**. Tal dicotomia é engendrada por leituras que fazem ver ora uma dicotomia institucional/ organizacional, ora uma dicotomia epistemológica, política, de objeto. Por fazerem ver uma dicotomia tais posturas formalizam uma oposição entre clínica e prevenção; tal oposição leva à necessidade de um esforço para sua integração e é nos modos de operar tal integração que as correntes da SCB formalizam suas diferenças e confrontos teóricos e práticos.

Isto que optei por chamar de tendência geral das produções da SCB está em relação com o que Foucault (2005) denomina a *relação entre enunciados*. O conceito de enunciado aqui não será aprofundado<sup>1</sup>, mas é importante notar que tal tendência é caracterizada por ser um feixe de relações entre produções enunciativas mesmo que as

---

<sup>1</sup> Este conceito é amplamente trabalhado na obra *A arqueologia do Saber* (Foucault: 2005).

mesmas “*escapem à consciência do autor; mesmo que se trate de enunciados que não têm o mesmo autor; mesmo que os autores não se conheçam*” (Foucault, 2005: 32). Ou seja, uma mesma tendência enunciativa atravessa diversas produções da SCB, mesmo quando as mesmas tendem a se opor parcialmente ou radicalmente em relação ao objeto sobre o qual discorrem, a posição ideológica que defendem e/ ou aos modos de superação da dicotomia que proponham.

Fazendo uma leitura do contexto do campo da saúde no Brasil ainda na década de 60, Merhy pontua um eixo de resistência que tinha em Mário Magalhães seu representante fundamental. Este eixo trazia como uma de suas bandeiras fundamentais de luta a integração entre ações clínicas e ações de prevenção.

Por suas formulações já na década de 60, Magalhães é considerado um precursor do movimento sanitário (abafado a partir do Golpe Militar) que ganharia força na década de 70. Tal movimento, durante os anos 80, se consolida sob a denominação de Saúde Coletiva. Sobre este novo movimento, Campos (1991: 50) aponta que seus agentes continuaram fazendo “*do conceito de integração a pedra de toque da nova política de saúde*”:

*“Integração no sentido de reencontro histórico das técnicas de prevenção e de cura das doenças, da unificação das lógicas que organizam a execução das atividades de cuidado individual e das ações coletivas, da assistência médica com a saúde pública – através deste processo de síntese imaginavam restaurar a capacidade de intervenção da última sobre a maioria dos problemas de saúde da população brasileira.” (ibidem: 50)*

Tal “reencontro histórico” é assim almejado já que o campo faz, hegemonicamente, uma leitura de que as ações clínicas e de prevenção estariam separadas, opostas ou dicotomizadas no modelo assistencial organizado até a década de 70 no Brasil.

Esta dicotomia seria justificada, entre outras coisas, já que se identifica uma discordância nas lógicas que as organizam neste período. Mendes apresenta a Lei 6.229 de 1975 como aquela que caracterizaria o estabelecimento do “*Tratado de Tordesilhas no campo da saúde*” já que:

*“(...) segundo os eufemismos de atenção à saúde coletiva e à saúde das pessoas, o que consagrava a separação das ações de ‘saúde pública’ das ações de ‘atenção médica’, reservaram-se as primeiras (não rentáveis) para o setor estatal e as segundas (rentáveis) para o setor privado, intermediado pela Previdência Social, (...)” (1993: 25)*

A idéia de que o campo da Saúde Coletiva se define – entre outras tantas características – pelo esforço de integração entre ações curativas e preventivas é hegemônica nos textos sobre o tema. Também L’abbate (2003), ao comentar texto de Cecília Donnangelo, aponta que:

*“A tendência de recomposição do campo apontada por Cecília Donnangelo é relevante, sobretudo quando se pensa na dicotomia reforçada ao longo do tempo, no Brasil, entre assistência médica individual e saúde pública, e na hegemonia da primeira em relação à segunda.” (L’abbate, 2003: 03)*

Assim, constroem-se diversas dicotomias – *ideológica, institucional ou jurídica* (Mendes: 1993; Merhy, 1997), *teórica e/ou epistemológica* (Almeida Filho, 1992; L’abbate, 2003), de *modelos e políticas* (Campos, 1991; Schraiber, 1993; Merhy, 1997) – que se baseiam em leituras que fazem ver oposições entre clínica e prevenção a partir dos modos de operar, dos objetos aos quais se destinariam, dos métodos usados, das entidades responsáveis pela organização das ações (estatais ou privadas), das posturas ideológicas que carregariam, entre outros.

Sob o argumento destas oposições foi possível fazer com que o enfrentamento da então **constatada dicotomia** entre clínica e prevenção se tornasse um dos elementos mais importantes na constituição dos saberes da SCB.

A centralidade do discurso de integração entre clínica e prevenção<sup>2</sup> me levou a pensar que este poderia ser um analisador importante dos modos de funcionamento do campo da saúde em relação às suas capturas e possibilidades de produção de liberdade.

---

<sup>2</sup> Fundamentalmente no momento de sua consolidação teórica, mas ainda hoje.

## Construindo a questão

Uma primeira pista que guiou a exploração da fronteira aqui posta em foco foi, então, a percepção de que a mesma condensa diversos outros pares, ora opostos, ora dialetizados: cura/ prevenção, indivíduo/ social, biológico/ econômico-cultural, natural/ político. Sendo assim, ao falar de uma fronteira que ocuparia o espaço do entre clínica-prevenção, estou também instigada a explorar o que outros pares nos contam acerca do campo da saúde, fundamentalmente os pares: prevenção/ cura, assistência individual/ ações coletivas e natural/ político.

Mas, para fazê-lo funcionar como analisador, era preciso desviar das lógicas tradicionais sob as quais este debate vinha sendo trabalhado. Parecia ser preciso buscar uma leitura que fugisse das oposições e, portanto, da idéia de possíveis formas de integração para, assim, ser possível compreender o próprio enunciado da *integração* a partir de seu *fora* – já que foi este enunciado que chamou minha atenção na sua força criadora e, ao mesmo tempo, no movimento centrípeto que algumas vezes parecia desencadear.

Acho que neste momento já cabe explicitar uma primeira intuição importante com a qual eu trabalhava desde os primeiros momentos da construção da dissertação: os diferentes modos a partir dos quais podem se expressar os saberes clínicos e preventivos não me pareciam – em nenhum momento – realmente opostos, mas, sim, articulados por estratégias que encaminhavam a produção de efeitos comuns.

Portanto, para resistir à produção de novas oposições que me pareciam atrapalhar a tarefa de compreender a produção de tais efeitos *comuns*, fez-se necessário construir um percurso que fosse capaz, acima de tudo, de navegar os *meios*. *Navegar os meios* como um método para escapar às oposições, buscando afirmar diferenças ao mesmo tempo em que se afirma planos comuns de produção. Para produzir uma outra compreensão da relação entre clínica e prevenção que não as relacionasse como pólos dialetizados, havia que se entender que tipo de externalidade é capaz de produzir estes dois campos numa relação dual e, no entanto, não oposta<sup>3</sup>.

---

<sup>3</sup> Idéia trazida por Ricardo Rodrigues Teixeira na banca de qualificação em 03 de outubro de 2007.

O percurso produzido foi, assim, de um certo modo que possibilitasse habitar o meio; um modo, em última instância, de *produzir o próprio meio*. Um modo de fazer com que este *comum* – expresso na externalidade imanente à relação clínica-prevenção – e a possibilidade desta articulação dual aparecesse.

Foi ainda no caminho de percorrer e se manter nos meios que o próprio percurso se fez. Algumas das premissas – que de algum modo já estavam embutidas nas indagações iniciais que moveram a produção da dissertação – apenas no próprio caminhar foram se esclarecendo e, num movimento bastante singular do próprio trabalho, tomando lugar de destaque.

Neste caminho, a vontade de produzir um olhar sobre a relação clínica-prevenção que fugisse às dicotomias se revelou como uma vontade de expressar um outro modo de entendimento do campo da saúde; bem como um modo de afirmar formas de produção de saberes e práticas plurais e reconstitutivas do coletivo – coletivo em nós, na pesquisa, nas comunidades, nos Serviços, etc. Ao final da produção da dissertação, foi dado à cartografia deste percurso um lugar privilegiado, sendo ele toda a extensão do momento da dissertação intitulado *Um percurso por muitos meios*.

### **Um outro modo de fazer ver e falar, para fazer ver e falar o *meio***

É possível afirmar que o percurso de produção deste trabalho partiu da obra de Michel Foucault e seguiu embebido das potentes marcas produzidas neste encontro. A partir das ressonâncias provocadas pela obra foucaultiana, segui roubando e acasalando – por um momento ou outro, ora mais breve ora mais intenso – com outras produções, principalmente aquelas que estendem e contaminam-se também das obras deste autor: Deleuze (1992 e 2006) e Negri e Hardt (2005a e 2005b).

Para começar a explicitação deste percurso é importante pontuar que as análises realizadas partiram de um enfoque um tanto diferente daquele usado nos estudos anteriormente citados da SCB. Não interessou pensar em termos de *conceitos*, nem de *temas*, de *objetos*, nem mesmo de *ideologias* (Machado, 1981: 162). Isto porque o presente

enfoque visa compreender a articulação entre clínico e preventivo analisando a relação entre estes dois saberes a partir das **estratégias de poder** – assim como as compreendeu, inicialmente, Foucault.

As eventuais semelhanças ou discordâncias entre os saberes clínicos e preventivos, as oposições e aproximações na emergência de temas, entre objetos, entre métodos e conceitos, serão aqui analisadas a partir das **condições de possibilidade** de tais emergências, oposições e transformações – ou seja: para além das formas já dadas de cada saber. Sob esta forma de análise é possível, portanto, compreender como diferentes conceitos, objetos, métodos, mesmo aparentemente opostos, podem derivar de um mesmo jogo de relações. Sendo assim, para compreender os saberes, sua emergência, permanência e as relações que se dão entre eles, é necessário compreender este jogo de relações:

*“Relação entre enunciados (mesmo que escapem à consciência do autor; mesmo que se trate de enunciados que não têm o mesmo autor; mesmo que os autores não se conheçam); relações entre grupos de enunciados assim estabelecidos (mesmo que esses grupos não remetam aos mesmos domínios nem a domínios vizinhos; mesmo que não tenham o mesmo nível formal; mesmo que não constituam o lugar de trocas que podem ser determinadas); relações entre enunciados ou grupo de enunciados e acontecimentos de uma ordem inteiramente diferente (técnica, econômica, social, política).” (Foucault, 2005: 32)*

É ainda neste sentido que a relação entre clínica e prevenção será aqui abordada a partir do que estou chamando de *fronteira clínica-prevenção*. A idéia de *fronteira* foi escolhida por ajudar a pensar o campo da saúde a partir da relação que se estabelece entre clínica e prevenção e que não se encontra nem em um nem em outro, mas exatamente no *meio* destes dois termos.

A idéia de uma fronteira que separariam clínica e epidemiologia também foi usada por Almeida Filho (1992) ao afirmar que:

*“Apesar do reconhecimento de que a Epidemiologia é filha e herdeira da Clínica, como diz Ricardo Bruno (1990), ambas as disciplinas cultivam hoje um desenvolvimento prático e conceitual autônomo. De*

um modo alegórico, seriam de uma mesma linhagem, e governam reinos vizinhos, com intenso intercâmbio, porém separados por fronteiras bastante precisas e razoavelmente bem guardadas. Portanto, a cada uma o seu objeto”. (1992: 77)

Seria preciso, no entanto, explicitar a diferença no uso do conceito de fronteira, no presente trabalho, em relação ao usado por este autor. Além da análise de Almeida Filho se pautar pelo desenvolvimento *conceitual* e de *objetos*, aqui buscarei análises fronteiriças não para resguardar territórios, delinear melhor as estratégias de salvaguarda ou defesa, mas sim, ao contrário, para acessar, para além das formas constituídas (e muitas vezes razoavelmente delineadas), as forças que as constituem a partir de suas exterioridades. Como incita Foucault:

*“Mais do que buscar a permanência dos temas, das imagens e das opiniões através do tempo, mais do que retrazar a dialética de seus conflitos para individualizar conjuntos enunciativos, não poderíamos demarcar a dispersão dos pontos de escolha e definir, antes de qualquer opção, de qualquer preferência temática, um campo de possibilidades estratégicas?” (2005: 42)*

Ou seja, ao mapear a fronteira clínica-prevenção nas suas diversas possíveis configurações, busca-se mapear as *estratégias* capazes de produzir este ou aquele objeto, elege-se este ou aquele tema como prioritário, agregar e fazer funcionar, de forma articulada, conceitos aparentemente opostos ou desconexos.

Mas, ao falarmos de estratégias, a partir do aparato foucaultiano, do que exatamente estamos falando? Que modo de análise é este que buscaria as condições de possibilidade de emergência de saberes e discursos? Que condições são estas e como podemos estudá-las?

Quando Foucault se remete às relações de forças, às relações estratégicas entre forças, ele se coloca no campo da análise das relações de poder, dado que o poder para este autor é relação entre forças (Foucault, 1999). Neste sentido, a condição de emergência de temas, objetos, métodos, instituições – mas também a oposição entre eles, a transformação dos discursos e dos conceitos – passa a ser compreendida a partir das *estratégias de poder enquanto um determinado modo de afetar e ser afetado..*

Toda uma nova leitura sobre a noção de poder e sua relação com a formação de saberes será realizada adiante, para fins de introdução, no entanto, basta compreendermos isto: o poder, para Foucault, é relação entre forças. Tais relações se configuram, em cada diferente momento histórico, em diagramas de poder que podem ser entendidos como “*uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada*” (Foucault, 1988: 89). O diagrama é a maneira específica a partir da qual as forças afetam e são afetadas em determinado momento histórico, produzindo, assim, realidade, saberes e alterando as relações de poder ou reproduzindo-as.

Os saberes tem, portanto, como *causa imanente* (Machado, 1981: 187) as relações de poder, podendo sua produção ser compreendida a partir do estudo dos diagramas que lhe são contemporâneos.

Neste sentido, nem clínica, nem prevenção serão, aqui, considerados saberes que acessam uma dada verdade, uma dada ‘realidade’ – dado que os saberes aqui estão sendo compreendidos como produtores de realidades. Se os saberes encontram sua condição de produção em determinadas estratégias de poder, se são veículo de formalização de determinadas estratégias, se de fato *produzem mundos* (ao invés de ‘traduzi-los’), então, uma concepção bastante específica de clínica e de prevenção faz-se necessária.

### **Clínicas e prevenções – em busca de uma definição que questione definições**

É importante afirmar, de início, que reconheço que os entendimentos sobre estas duas noções não são homogêneos dentro do campo da SC. Ademais é preciso afirmar que, partindo do aporte teórico aqui utilizado, se reconhece que existiram, existem e existirão tantas clínicas e tantos movimentos de prevenção quantos forms capazes de inventar.

Como já foi dito: sendo os saberes produzidos a partir de relações estratégicas de poder, os mesmos não refletem nenhuma verdade, não desvendam nenhum real oculto ou mal compreendido. Isto porque, para Foucault, os saberes são eles mesmos produtores

de verdades e mundos, tal produção sendo regida, ademais, segundo as estratégias de poder e movimentos de resistência que cada sociedade é capaz de empreender.

Segundo Foucault, somos *forçados* a falar a verdade, a nos *submetermos* a ela, no sentido de que ela é *norma*, é ela quem *decide* (1999: 29). Neste sentido, a produção de verdades – encarnadas e exercidas a partir dos saberes (enunciados e visibilidades) – seria, ao mesmo tempo, produção de modos de vida, assim como explicita o autor:

*“Afinal de contas, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a tarefas, destinados a uma certa maneira de viver ou a uma certa maneira de morrer, em função de discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder.” (Foucault, 1999: 29)*

A concepção foucaultiana pode, nesse sentido, ajudar a desviar de produções que tendem a congelar determinadas definições de clínica e de prevenção, emparalheando-as com certos conceitos ou posições ideológicas – perdendo assim a oportunidade de afirmar seu caráter eminentemente produtivo e mutante. Partindo da vontade de desviar destas leituras totalizantes, meu esforço de definição da clínica e da prevenção buscará ser o mais amplo possível permitindo espaços para a leitura das modificações destes saberes ao longo da história, sendo possível, assim, uma leitura dos *efeitos* que cada forma de verdade – encarnada e exercida através dos saberes e estratégias clínicas e preventivas – produz.

## **Clínicas**

No dicionário (Michaelis – UOL) encontramos como “clínica”, *o lugar onde o médico atende seus pacientes e a prática da medicina*. No entanto, definições de dicionário tendem a ser também historicamente contextualizadas e podem, por isso, ser pouco úteis para construir definições amplas como as que aqui persigo.

Em seu estudo sobre a biomedicina, Camargo Jr. (2003: 72) aponta que, ora a idéia de “clínica” é usada para falar da totalidade das ações médicas, ora se dirige ao campo do diagnóstico e tratamento. Este autor vai além ao dizer que a unidade básica da clínica é a

doença, sua descrição e *tratamento*. É importante notar que este autor, ao fazer tais afirmações, está se debruçando sobre o campo da clínica *médica* ou, ainda mais especificamente, sobre uma determinada clínica médica chamada pelo autor de *biomédica*.

Interessante perceber, ainda, que, ao buscar definições sobre a clínica no campo da SC encontramos hegemonicamente definições similares à expressa por este autor: leituras que tendem a totalizar a clínica enquanto o discurso de um determinado modo clínico da medicina, sendo ele o que muitos autores denominam *biomedicina*.

Segundo Machado (1981) – ao revisitar “O nascimento da clínica” –, Foucault dá diversos nomes às diversas clínicas – *proto-clínica, clínica do século final do XVIII* –, para além da clínica à qual propriamente se dirige neste trabalho: a *anátomo-clínica* nascida no século XIX (Machado, 1981: 101). Nesta obra, Foucault percorre o nascimento desta modalidade clínica que, segundo ele, constitui, de forma radical, a mais bem articulada relação entre ver e falar.

*“Assim, a clínica não é um conhecimento empírico, um conhecimento do real, isto é, do corpo doente. Na medida em que relaciona o olhar médico com o espaço dos signos e dos sintomas, o conhecimento produzido por ela é analítico (...).” (Machado, 1981: 107 – grifo meu)*

Apropriando-se deste modo de análise, e ampliando-o para pensarmos as muitas clínicas – para além da anátomo-clínica ou mesmo da clínica biomédica trabalhada por Camargo Jr. (2003) – é possível dizer que os saberes clínicos sempre articularão, de diferentes formas, aquilo que se pode ver e aquilo do que se pode falar.

Assim como afirmado em linhas anteriores, a descrição que busco aqui é uma descrição ampla, que permita analisar as diversas possibilidades clínicas sem naturalizá-las, compreendendo sua pertinência e sua emergência em diferentes momentos. Poderíamos, neste sentido, percorrer diversas outras possibilidades clínicas, tanto históricas como emergentes, para demonstrar como as noções, as práticas e saberes que preenchem este campo variam, podendo comportar muitos outros conceitos para além das idéias de *doença, cura e medicina* (Campos, 1991: 63).

É neste sentido que escolherei trabalhar com a definição da “clínica” enquanto os saberes e práticas voltadas à compreensão e intervenção sobre situações que, a partir da avaliação destes mesmos saberes, requerem alguma intervenção terapêutica, curativa, corretiva, de alívio etc. É, portanto, enquanto saber que produz um determinado modo de articulação entre o que se vê e o que se fala a respeito daquilo que é tomado como objeto de intervenção clínica – a doença, o corpo doente, o sofrimento, as relações sociais, a pobreza etc. – que falarei deste campo neste trabalho.

## **Prevenções**

Para Lancetti (s/d), a prevenção é permeada pelos diferentes modos de relações homem-coletivo-mundo durante a história: por vezes solucionada por *exclusão*, por *adaptação* e, atualmente, por *produção de carências* – na sua forma promoção da saúde.

*“Há muitas formas de prevenção, sempre com argumento de preservar a vida. Às vezes purificando o espaço urbano, outras salvando almas, outras normatizando práticas familiares, corporais e de trabalho.” (ibidem: 80)*

O autor aponta que, ao perder sua obviedade, a noção de prevenção torna-se altamente problemática. Assim, não é por serem preventivas que quaisquer ações de saúde estão no rol das ações progressistas e emancipatórias.

A crítica muitas vezes demasiadamente enrijecida que Lancetti faz do campo preventivo pode ser aqui utilizada apenas para desnaturalizar – assim como busquei fazer com os saberes clínicos – certa postura que tenderia a hipervalorizar as ações preventivas como ações e saberes necessariamente “do bem” (Campos, 1991).

Irei, então, definir o campo da prevenção como aqueles saberes que visam a compreensão, a intervenção e o fomento ao que é considerado em determinado momento a *vida saudável* e a intervenção sobre a possibilidade de desenvolvimento de situações que demandariam intervenções clínicas. “*Desenvolver a saúde e evitar a doença*”

(Leavell e Clark, 1976: 17), enquanto mote criado pelo discurso preventivista – e, no entanto, presente até hoje – que define bem o foco ao qual se dirige este campo.

Aqui é preciso tomar o cuidado de ampliar a noção de “doença” no mesmo sentido em que buscamos ampliar a noção dos objetos das intervenções clínicas; bem como desnaturalizar a noção de *vida saudável* contextualizando aquilo que é considerado *saúde* de forma a desnaturalizar suas definições de forma radical. Também o campo da prevenção comporta tantas definições de situações que deveriam ser *prevenidas* e tantas definições de uma *vida saudável* que deveria ser *promovida* quantas pudermos imaginar.

Quando afirmo clínica e prevenção como instituições que modificam suas características, seus objetos, seus discursos, suas práticas etc. ao longo do tempo, há que se fazer uma ressalva, dado que tais *transformações* poderiam ser compreendidas de diversas formas.

Uma primeira, certamente mais comum, construiria sua compreensão de tais transformações a partir de um olhar que as vê enquanto progressos em direção a saberes e práticas cada vez mais próximas da *verdade* ou da *perfeição*. Esta primeira concepção é analisada por Foucault como efeito de um determinado modo de operar do poder (disciplinar) que, incidindo sobre a organização do tempo, forjaria uma noção de evolução e continuidade. Segundo ele:

*“Os procedimentos disciplinares revelam um tempo linear cujos movimentos se integram uns nos outros, e que se orienta para um ponto terminal e estável. Em suma, um tempo ‘evolutivo’. Ora, é preciso lembrar que no mesmo momento as técnicas administrativas e econômicas de controle manifestavam um tempo social de tipo serial, orientador e cumulativo: descoberta de uma evolução em termos de ‘progresso’. As técnicas disciplinares, por sua vez, fazem emergir séries individuais: descoberta de uma evolução em termos de ‘gênese’.” (1975: 136)*

Se, neste trabalho, busco uma leitura que possa dar conta dos efeitos do poder sobre as produções de saber, uma noção evolutiva dos conhecimentos clínicos e preventivos não seria, aqui, útil. Nem em termos de evolução científica, nem em termos de evolução ‘ideológica’:

*“Fazer da análise histórica o discurso contínuo e fazer da consciência humana o sujeito originário de todo o devir e de toda prática são as duas faces de um mesmo sistema de pensamento. O tempo aí é concebido em termos de totalização, onde as revoluções jamais passam de tomadas de consciência.” (Foucault, 2005: 14)*

Trabalharei, então, com uma outra posição, compreendendo os saberes como pragmáticas, produtoras de formas de ver, sentir e falar sobre nós mesmos e o mundo. Suas alterações, portanto, responderiam não a um movimento de progresso, mas a movimentos históricos, a jogos de força, a modos de organização do viver e do produzir a vida. Ou seja: uma postura que compreende que os saberes produzem modos de iluminar o que será visto, de falar sobre o que será discursado (Deleuze, 2006: 57-77).

Trabalhando com esta segunda concepção, clínica e prevenção passam a ser entendidas como *máquinas*, suas transformações revelam, portanto, muito mais *mudanças estratégicas* do que *progresso científico*. Como aponta Machado, se dirigindo à pretensão da medicina moderna à objetividade e fazendo uma leitura arqueológica da sua transformação a partir da medicina clássica:

*“(...) a mutação existe mas se situa em outro nível e além de ser muito mais radical. Não foi na modernidade que, superando as ilusões subjetivas e infundadas, a medicina descobriu seu objeto; também o que se produziu nesta época não foi que a medicina ultrapassou o estágio de uma linguagem carregada de imagens, metáforas e analogias, tornando-se conceitual, quantitativa e rigorosa. Não foi nessa época que ensinou a ver e a dizer. O que muda é que ela diz de outro modo e vê um outro mundo; o que muda é a relação entre aquilo de que se fala e aquele que fala; o que muda é a própria noção de conhecimento.” (Machado, 1981: 98 – grifo meu)*

## **A articulação como uma afirmação**

Para empreender a tarefa de pensar os saberes clínicos e preventivos a partir de sua *fronteira* não basta apenas questionar as definições naturalizadas de ambos os campos. É necessário, ainda, desnaturalizar diversas ‘verdades’ bastante recorrentes no campo

sanitário acerca da articulação destes dois campos. Verdades estas que foram cristalizadas a partir de leituras que não consideraram o jogo estratégico das forças como proposto por Foucault.

Empresto de Lancetti (s/d: 76) o apontamento de duas premissas sobre as quais o campo sanitário tende a trabalhar e que apontam algumas questões que, do meu ponto de vista, são fundamentais para desenvolver este debate. São elas:

- Prevenir seria melhor que curar;
- As práticas de saúde seriam primeiramente individuais e, apenas posteriormente – após reformas nos modos de organização da saúde pública –, coletivas.

Ao questionar estas premissas, abre-se um espaço de reflexão sobre um *certo* modo de relação entre clínica e prevenção – historicamente constituído e que se expressa no campo da SCB – onde prepondera um discurso de fomento às ações e saberes preventivos, muitas vezes com esvaziamento da discussão sobre as práticas e fazeres clínicos; isto é apontado por alguns autores da SC (Onocko Campos, 2001; Campos, 2002; e Merhy, 1997) mesmo reconhecendo-se o esforço de tendências (não hegemônicas) na SC em repensar a clínica como elemento constitutivo do campo (Merhy, 1999; Camargo Jr., 2003; Campos, 2006;).

Em um segundo momento, tal questionamento pode ajudar a afirmar o caráter eminentemente coletivo do campo da saúde, tanto no que diz respeito à clínica quanto no que diz respeito à prevenção, nos modos como são produzidos seus saberes e práticas, mas também em relação aos efeitos que produzem (Campos, 1991: 68-69). Tal premissa já é apontada por Foucault (1979a) em seu texto “O nascimento da medicina social”:

*“Procurarei mostrar, ao contrário: que a medicina moderna é uma medicina social que tem por background uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente.”*  
(Foucault, 1979a: 79)

Uma tarefa importante para a SC na atualidade é, sem dúvida, recolocar a discussão sobre a clínica, mas o que desejo focar neste trabalho é algo um pouco diferente: pretendo **afirmar a relação entre clínica e prevenção como relação constitutiva do campo da saúde como o entendemos a partir da Modernidade** – relação esta que se modifica a partir da modificação dos diagramas de poder que a pressupõe e lhe são coextensivos.

Neste sentido, em um primeiro momento, busco compreender como, a partir da Modernidade<sup>4</sup>, o campo da saúde se constitui sob a articulação entre ações clínicas e de prevenção, em consonância com as estratégias e modos de operar anátomo e biopolíticos do diagrama disciplinar (Foucault: 1975, 1979a, 1988 e 1999). Ainda neste momento exploro quais estratégias tanto os saberes clínicos quanto os de prevenção punham em ação e, assim, quais efeitos seguiam atualizando.

Em um segundo momento, a compreensão da transição de diagramas (estratégias disciplinares para uma sociedade chamada ‘de controle’) já apontada por Foucault (1979b) e estudada por autores como Deleuze (1992), Pelbart (2000 e 2003), Lazzarato (2006), Lazzarato e Negri (2001), Hardt (2003) e Negri e Hardt (2005a e 2005b) ajuda a compreendermos as mudanças que ocorreram na relação entre clínica e prevenção e no discurso de cada um destes campos a partir dos anos 70.

Aqui o investimento no discurso da *integração* serve como pista e leva em direção ao terceiro momento onde interessa mapear o que pode nos expressar a relação entre clínica-prevenção hoje, a partir das análises de uma Sociedade de Controle.

Será meu foco, então, perguntar, a partir de uma análise da relação entre as formas mutantes da clínica e da prevenção, de que qual corpo e de quais modos de viver nossa sociedade precisou e precisa atualmente. Como alertou Foucault:

---

<sup>4</sup> A Modernidade será entendida como o período de mudança de uma estratégia de poder soberana para uma estratégia disciplinar, marcada por alterações nas relações do homem com forças não humanas (econômicas, técnicas, etc.), fundamentalmente com o início da constituição do modo de produção capitalista, a partir do século XVI.

*“Na verdade, nada é mais material, nada é mais físico, mais corporal que o exercício do poder... Qual é o tipo de investimento do corpo que é necessário e suficiente ao funcionamento de uma sociedade capitalista como a nossa?” (Foucault, 1979b: 147)*

Ao final deste trabalho, aponto algumas possíveis contribuições que a exploração da fronteira clínica-prevenção trouxe para se pensar as potências do campo da saúde na produção de singularizações e de uma vida mais ética e afirmativa de si mesma.

**O PERCURSO POR MUITOS MEIOS**

*É que, no momento em que alguém dá um passo para fora do que já foi pensado, quando se aventura para fora do reconhecível e do tranquilizador, quando precisa inventar novos conceitos para terras desconhecidas, caem os métodos e as morais, e pensar torna-se, como diz Foucault, um ‘ato arriscado’, uma violência que se exerce primeiro sobre si mesmo. (Deleuze, 1992: 128)*

A necessidade da construção deste capítulo nasceu no decorrer da construção dos capítulos posteriores e a partir do processo de qualificação da dissertação. Foi, portanto, apenas durante a construção do texto e das análises – depois de algum trabalho com o primeiro esboço metodológico o qual me propus a exercitar na dissertação – que foi sendo possível construir algo como o método do trabalho.

Ao mesmo tempo, tal método ganhou tal importância ao longo da produção que pareceu interessante construir um capítulo a parte onde se misturam método, aporte teórico e afirmação de um projeto ético-político para a produção de saberes e para se pensar o próprio campo da saúde.

Deleuze e Parnet nos convocam a *dar ao pensamento uma geografia* (1988: 42). Eu acrescentaria que esta geografia, que constrói seus próprios mapas, também por ser produtora, se implica com aquilo que produz. Um método assim, não pode ser pensado pela sua adequação ao ‘objeto’ ou à problemática que se dispõe a ‘responder’. Um método produz problemas e produz objetos.

Então a pergunta que me guiava (e ao mesmo tempo *atormentava*) era: quais problemas eu desejava produzir? Qual interferência parecia ser preciso causar no campo da saúde e seus saberes no sentido de abrir espaço para exercícios mais consistentes de liberdade e produção de diferença? Como apontam os autores:

*“As questões são fabricadas, como outra coisa qualquer. Se não deixam que você fabrique suas questões, com elementos vindos de toda parte, de qualquer lugar, se as colocam a você, não tem muito o que dizer. A arte de construir um problema é muito importante: inventa-se um problema, uma posição de problema, antes de se encontrar a solução.” (Deleuze e Parnet, 1998: 09)*

Inicialmente, me movia o desejo de enfrentar o modo dicotômico de compreensão da relação clínica-prevenção. Porém ainda não era um problema fabricado, era apenas uma *implicância*. Era preciso que transforma-la em problema. A pergunta que foi se colocando ao longo do trabalho, então, foi: por quê? Por que tal modo dicotômico me incomodava tanto?

Mobilizada por esta pergunta, grande parte do caminho da dissertação foi compreender porque o modo dialético de produção e resolução de dicotomias me incomodava tanto. Que projeto político (e aqui não se trata de *ideologias*, mas da produção concreta de efeitos) se operava neste modo do qual eu queria me distanciar?

Na leitura que faz da obra de Nietzsche, Deleuze (s/d) localiza, entre os principais *inimigos* deste autor, a dialética: criticá-la para afirmar uma filosofia do pluralismo, diz ele. Para desenvolver esta crítica estabelece que “*a tarefa e a missão do dialético*” seria “*estabelecer antíteses, por todo o lado onde existam avaliações mais delicadas a se fazer, coordenações a interpretar*” (s/d: 25).

Uma primeira pista era, então, a de que poderiam existir outras coordenações que não o caminho único da oposição (a produção do famoso trio tese, anti-tese e síntese) e que estas outras coordenações poderiam encaminhar a produção de efeitos mais potentes e disparadores de possibilidades de vida e pensamento mais livres. Algo nesta pista já se confirmava: eu me sentia mais livre quando pensava de uma maneira outra que não a dialética.

Mas este caminho e estas afirmações ainda me pareciam nebulosas. O que eu queria produzir e o que eu podia de fato produzir ao buscar, como aponta Lazzarato, “*despolarizar a dialética por meio da noção de multiplicidade*” (2006: 63)?

A leitura dos dois capítulos intitulados “Políticas” da obra *Diálogos* (Deleuze e Parnet, 1988) me ajudou a dar um sentido a estas perguntas e a abrir novas trilhas de análise. Os autores afirmam que as *máquinas binárias* – e, portanto, a produção de dicotomias – vêm responder a uma estratégia de poder que visa à *quebra dos devires*.

Assim, é possível nomear um primeiro problema no modo dialético de operar: ele *serve*, tem a função de quebrar *devires*. Seria preciso, então, compreender melhor como isto funciona. Mas, antes, era preciso compreender qual o problema em quebrar *devires* e porque é possível dizer, sob certa ótica, que a dialética *quebra devires*.

### **Mais que um método – um olhar sobre o campo da saúde a partir da multiplicidade**

*“Só se sai efetivamente dos dualismos deslocando-os à maneira de uma carga, e quando se encontra entre os termos, sejam eles dois ou mais, um desfiladeiro estreito como uma borda ou uma fronteira que vai fazer do conjunto uma multiplicidade, independentemente do número de partes.” (Deleuze e Parnet, 1988: 153)*

Para compreender a fala de que uma lógica dialética quebra devires e para compreender a idéia mesma de *devoir* há que se fazer um intenso mergulho na *filosofia* da *imanência* ou da *diferença* e numa lógica do pensamento que afirma o pluralismo. Fica claro que esta empreitada fugiria aos objetivos deste trabalho e que, portanto, o que farei será uma rápida contaminação do texto com algumas destas idéias. Esta contaminação tem como função dar sentido ao caminho escolhido para a fabricação do problema da fronteira clínica-prevenção neste trabalho.

Um modo eficiente e relativamente rápido de empreender tal contaminação é afirmando a realidade enquanto sendo constituída de dois planos immanentemente imbricados: o plano do *de fora* (Deleuze, 1992: 137; Deleuze, 2006: 129-130) – plano onde atuam forças em agitação, sem ordem ou qualquer fixação – e o plano dos modos – plano onde operam cristalizações, onde se configuram todas as *coisas* e formas, plano este que possui duração mensurável e contorno distinguível. Toda a realidade formal é atualização do plano do *de fora* – plano informal e, portanto, constituído apenas de forças.

Assim, todas as coisas são formalizações de um feixe de forças, um certo modo de atualização *durável* e, no entanto, sempre passível de desmanchamento, de transmutação. O plano das formas nunca se desprende do plano das forças, as *coisas* estão a todo tempo vivendo as intrusões do plano invisível (Gil, 1996a: 07-26). O jogo da realidade

é, neste sentido, a formação-deformação dos modos para constante produção de (novos) mundos, tendo como fonte sem fim de novidade o plano do *de fora*.

O que interessa nesta ontologia é a possibilidade que a mesma nos dá de pensar a realidade enquanto algo em movimento constante, descristalizando formas e apostando no jogo relativamente caótico das atualizações do *de fora*. Todas as formas são, portanto, modos formalizados de um caldeirão comum de produção.

Ademais, ao pensar a produção da realidade de forma imanente, nenhuma hierarquização em termos de organização do plano das formas é cabível. O plano das formas se organiza em si mesmo de forma também imanente. Disto decorre que, para esta ontologia, as divisões causais e hierárquicas usadas para pensar a vida não têm mais funcionalidade. As mais variadas dimensões da existência e as mais variadas forças que compõem o real são pensadas em relação horizontal e de permanente atravessamento.

O julgamento da realidade, da vida e de suas produções é feito, então, ao nível da própria vida, dado que a mesma é auto produzida a partir de sua relação imanente com o *de fora*. Tudo que há é expressão de um mesmo plano imanente de produção e, portanto, vale pela potência daquilo que é capaz de produzir, da capacidade de seguir produzindo vida e realidade (Deleuze, 2002: 28-29). O julgamento da vida é feito, portanto, a partir dos efeitos concretos produzidos<sup>5</sup>; e é isto que define uma postura eminentemente ética frente à vida e suas produções. Como afirma Deleuze ao comentar a noção de estética e ética em Foucault:

*“Sim, a constituição de modos de existência ou dos estilos de vida não é somente estética, é o que Foucault chamou de ética, por oposição à moral. A diferença é esta: a moral se apresenta como um conjunto de regras coercitivas de um tipo especial, que consiste em julgar ações e intenções referindo-as a valores transcendentais (é certo, é errado...); a ética é um conjunto de regras facultativas que avaliam o que fazemos, o que dizemos, em função do modo de existência que isso implica. Dizemos isto, fazemos aquilo: que modo de existência isso implica?”*  
(Deleuze, 1992: 126)

---

<sup>5</sup> Isto inviabiliza pensarmos, por exemplo, em termos de ideologia ou intenções...

Afirmar a potência desta auto-produção, da auto-regulação da vida e da perfeita ordem que existe no movimento de atualização do plano aparentemente caótico do fora seria a política desta filosofia. Uma atitude que une um paradigma estético – de afirmação da produção e da expressão<sup>6</sup> – com um paradigma ético – de afirmação do julgamento da vida por ela mesma, avaliação das ações a partir do seu efeito de colaborar ou, ao contrário, impedir a afirmação da vida e sua capacidade de seguir se expandindo e diferindo.

Como pensar, portanto, o campo da saúde a partir desta lógica? Um modo possível é compreender os saberes que o constituem enquanto *formas* produzidas a partir destes movimentos de atualização.

Do mesmo modo, os efeitos gerados a partir destes saberes (modos de compreender a vida, intervenções de profissionais, impactos de serviços em coletivos, uso de tecnologias etc.) são julgadas a partir da sua capacidade para expandir a vida e ajuda-la a diferenciar-se e a produzir modos de viver mais alegres.

Como coloca Deleuze ao comentar a obra de Espinsa:

*“(...) quando encontramos um corpo que convém à nossa natureza e cuja relação compõe com a nossa, diríamos que sua potência se adiciona à nossa: as paixões que nos afetam são de alegria, nossa potência de agir é ampliada ou favorecida. (...) Esta potência de agir não deixa de aumentar de modo proporcional, ‘aproximamo-nos’ do ponto de conversão, do ponto de transmutação que nos tornará senhores dela, e por isso dignos de ações, de alegrias ativas.*

*(...)*

*A Ética é necessariamente uma ética da alegria: somente a alegria é válida, só a alegria permanece e nos aproxima da ação e da beatitude da ação.” (Deleuze, 2002: 33-34)*

---

<sup>6</sup> Aqui produção e expressão são afirmadas no lugar da noção de *representação*. O que vale não é interpretar, re-apresentar alguma imagem ideal, buscar algo que seria verdadeiro, mas produzir modos de vida, saberes, práticas mais potentes.

Mas há que se voltar, rapidamente, à questão das lógicas dialéticas, minha implicância e a produção de outras posturas. Agora fica mais fácil compreender porque Deleuze e Guattari apontam que a primeira operação das lógicas dialéticas – e outras que operam a partir do trabalho do negativo e da oposição – é o de produzir a quebra dos devires. Ao produzir identidades, rostos localizáveis e nomeáveis (1996: 31-62) é possível opor, classificar, incluir e excluir... E, finalmente, operar uma nova totalização (a produção de um novo rosto), imediatamente aberta a novas oposições: tese-antítese-síntese.

*“Qualquer que seja o conteúdo que se lhe atribua, a máquina [binária] procederá à constituição de uma unidade de rosto, de um rosto elementar em correlação biunívoca com um outro: é um homem ou mulher, um rico ou um pobre, um adulto ou uma criança, um chefe ou um subalterno, ‘um x ou um y’.” (ibidem: 45)*

É a partir da formação de identidades, da cristalização das formas, de sua totalização em identidades fixas que o poder consegue localizar e gerenciar formas e transformações. No entanto, como afirma Deleuze e Parnet:

*“Há multiplicidades que não param de transbordar as máquinas binárias e não se deixam dicotomizar. Há, em toda parte, centros, como multiplicidades de buracos negros que não se deixam aglomerar. Há linhas que não se reduzem ao trajeto de um ponto, e escapam da estrutura, linhas de fuga, devires, sem futuro nem passado, sem memória, que resistem à máquina binária (...) Tudo isso é rizoma. Pensar, nas coisas, entre as coisas é justamente criar rizomas e não raízes (...).” (Deleuze e Parnet, 1998: 36)*

Assim, a produção de uma realidade ordenável a partir de identidades e hierarquizações é uma operação do poder que visa organizar de forma transcendental o movimento imanente de produção da realidade o qual eu vinha apresentando acima.

No entanto, é preciso perceber que a produção de identidades e, a partir das mesmas, localizações, oposições e hierarquias é apenas uma das formas possíveis de exercício do poder – hegemônica principalmente durante a Modernidade. Mas não é apenas a partir da criação de identidades e dicotomias que opera o poder. Nas palavras de Deleuze e Guattari:

*“Não é questão de ideologia, mas de economia e de organização de poder. Não dizemos certamente que o rosto, a potência do rosto, engendra o poder e o explica. Em contrapartida, determinados agenciamentos de poder têm necessidade de produção de rostos, outros não.” (Deleuze e Guattari, 1996: 42)*

É por isso que é importante compreender a operação da dialética e do negativo – das oposições e das dicotomias, das formações de ‘rostos’ e de inclusão/ exclusão – como formas de controlar os devires e as atualizações imanentes do real, mas, ao mesmo tempo, é também por isso que é importante notar que compreender apenas esta estratégia de quebra dos devires não nos basta<sup>7</sup>.

Era preciso, então, mais do que combater a dialética, afirmar a imanência enquanto modo fundamental de produção do real, bem como a diferenciação como seu movimento básico, buscando, ao mesmo tempo, ferramentas que fizessem ver diferentes modos do poder operar – quebrando devires.

Foi neste caminho que encontro e afirmo a microfísica do poder, de Foucault, como modo privilegiado de mapear a relação entre clínica e prevenção ao longo do tempo. Encontrar o pensamento de Foucault – muitas vezes *através da boca* de outros pensadores (Deleuze, Lazzarato, Negri, Roberto Machado) – foi um achado fundamental do processo de dissertação. Me sinto contemplada, portanto, com a afirmação de Deleuze onde o filósofo comenta:

*“Quando as pessoas seguem Foucault, quanto têm paixão por ele, é porquê tem algo a fazer com ele, em seu próprio trabalho, na sua existência autônoma. Não é apenas uma questão de compreensão ou de acordo intelectuais, mas de intensidade, de ressonância, de acorde musical.” (Deleuze, 1992: 108)*

Ademais a ressonância intensa – existencial e de luta – que o mergulho na obra de Foucault me provocou, me parecia que seu viés de análise micropolítico tencionava com as leituras críticas hegemônicas do campo da saúde. Trazendo para o debate, uma forma de olhar nova que combatia as lógicas dialéticas a partir da afirmação da imanência dos dispositivos de poder. Como afirma Lazzarato:

---

<sup>7</sup> Esta constatação embasa, inclusive, todo o último momento do trabalho.

*“Ao que existe de piramidal na conceitualização marxista, a microfísica do poder substitui com a imanência, em que os diferentes dispositivos disciplinares (fábrica, escola, hospital) e as diferentes técnicas disciplinares se articulam umas com as outras.”*  
(Lazzarato, 2006: 63)

Se ao mesmo tempo minha análise queria afirmar a potência comum de invenção da vida – idéia mais potente das filosofias da imanência. Eu precisava apontar também, os diferentes movimentos de captura do capitalismo sobre esta mesma potência comum. Ademais, era necessário *tornar* visíveis estas formas de captura nas suas versões mais infinitesimais – já que me parecia que era exatamente este viés do poder que mais escapava às leituras críticas feitas dentro do campo da saúde.

*“Para compreender a dinâmica do capitalismo, devemos buscar não mais as forças ‘imensas, exteriores e superiores’ da dialética (capital/ trabalho), mas as forças ‘infinitamente multiplicadas, infinitesimais e intrínsecas’. A lógica da contradição, motor do ‘drama universal’, é por demais pobre e reducionista.”* (Lazzarato, 2006: 63)

Passou a me interessar, portanto, compreender a articulação clínica-prevenção a partir do estudo das estratégias de poder que vão se cunhando ao longo do nascimento e desenvolvimento do campo da saúde como o entendemos a partir da Modernidade.

A constatação de uma dicotomia e o esforço para sua superação – enquanto modo de compreender a relação clínico-preventivo ao longo do século XIX – me dava a entrada necessária para começar a mapear os modos de operar o poder que apareciam expressos nos enunciados acerca da relação clínica-prevenção. Uma certa *obsessão* – necessária obsessão – pelo estudo do poder e das capturas então entrou em cena.

## **Foucault e a denúncia do intolerável e das linhas de singularização**

*“Perigoso, sim, porque há uma violência de Foucault. Ele tinha uma extrema violência controlada, contornada, tornada coragem. (...) Ele percebia o intolerável. (...) Foucault sempre invoca a poeira ou o murmúrio de um combate, e o próprio pensamento lhe parece como uma máquina de guerra.”* (Deleuze, 1992: 128)

Como aponta Deleuze, a concepção de política de Foucault é fundada numa certa “*relação entre formas e forças*” (Deleuze, 1992: 112). Por fazer este jogo entre força e forma, a obra foucaultiana pode ser lida como uma obra que trata de uma concepção imanente da produção do real. Concepção de força, relação entre forças e a dinâmica forças-formas (Deleuze, 1992: 145) são, portanto, as três idéias foucaultianas fundamentalmente inspiradoras deste trabalho.

Quando anteriormente eu dizia que a realidade se auto-produz de forma imanente, num certo movimento *organizadamente caótico* das forças na produção de formas, afirmava também que todas as formas são sempre conectadas a uma infinidade de possibilidades de transmutação (sendo, assim, radicalmente não-identitárias). Nesta concepção, o poder é o exercício de certas forças sobre outras, visando a organização transcendente da autoprodução do real. E, neste sentido, afirmo com Foucault que o poder é ação sobre *um campo de possibilidades* – ou, ainda, relação de certas forças visando controlar outras forças.

Se, ademais, pensarmos o conceito de potência enquanto a vontade efetuação das forças em sua capacidade de afetar e serem afetadas, então o exercício do poder, como aponta Deleuze, pode mesmo ser localizado *sempre onde uma potência foi impedida de ser realizada* (Deleuze, 1997).

O poder se organiza, portanto, sempre a partir das potências, do movimento imanente do real; sua função é tentar – incessantemente – capturar e usufruir da força infinita de criação buscando, ao mesmo tempo, controlar e geri-la. Então o poder é, na realidade, sempre um *retardatário* em relação ao movimento comum e autônomo de produção da vida.

A vida comum, em contrapartida, vive escapando ao poder, inventando formas de dobrar as *linhas de captura*: a vida não cessa de produzir singularizações. O poder, no entanto, se renova a cada vez, sintetizando e devolvendo novas formas de controle e regulação. Assim, se a realidade nunca pára de se metaformosear-se a partir das constantes invasões do de fora, as estratégias de poder tendem a acompanhar tais mutações no sentido de criar novos modos de captura e controle.

“Dobras e desdobras, é isto sobretudo que Foucault descobre em seus últimos livros como sendo a operação própria a uma arte de viver (subjetivação).” (Deleuze, 1992: 138)

A opção de trabalhar com o aparato foucaultiano adveio do desejo de afirmar um modo de leitura da produção deste autor que localiza a riqueza da sua obra no seu conceito de poder enquanto um *exercício entre forças*. Exercício este que só existe através da tentativa – sempre frustrada – de anular as forças caóticas e infinitamente múltiplas do *de fora*. Ao afirmar esta concepção de poder, afirma a impossibilidade de uma total submissão da força de criação da vida.

Foucault, ademais, nunca cessa de fazer a denúncia daquilo que é *intolerável* – e como intolerável podemos pensar todo o exercício que impede potências de se efetuarem. Ai está, para mim, a força das formulações de Foucault sobre o poder:

- a afirmação do plano do de fora (das forças) como absoluto produtor da vida;
- a explicitação do poder como exercício que tenta – sempre de forma frustrada – submeter e organizar por completo o *de fora*;
- e a afirmação das linhas de singularização como espaço de construção de desvios aos dados do poder e de exercício de práticas de liberdade.

Neste momento cabe apresentar tais idéias numa linguagem mais propriamente foucaultiana passando por algumas dos conceitos principais de sua obra.

## **Poder em Foucault**

Optei por trabalhar com o aparato foucaultiano, afirmando a articulação necessária entre clínica-prevenção a partir das *estratégias de poder* que lhe são *causa imanente*. Foi o estudo de tais estratégias que me possibilitou afirmar o paradoxo onde tais saberes coexistem e operam de forma articulada, mesmo que muitas vezes apareçam ‘epistemologicamente’ sobre a forma da oposição:

*“Por isso é sempre possível desfazer os dualismos de dentro, traçando a linha de fuga que passa entre os dois termos ou os dois conjuntos, o estreito riacho que não pertence nem a um nem a outro, mas os leva, a ambos, em uma evolução não paralela, em um devir heterocromo. Ao menos não é dialética.” (Deleuze e Parnet, 1998: 45)*

No entanto, a fronteira clínica-prevenção já foi estudada em outros momentos onde se buscou dar conta do tema *poder*<sup>8</sup>; é preciso, portanto, clarear qual tipo de análise será usado para pensar as relações de poder neste texto, explicitando, ainda, quais são as particularidades do método foucaultiano aqui utilizado.

Foucault (1999), ao explicitar um método de análise que desenvolve em sua produção tardia, afirma que se faz necessário uma inversão na direção da análise do poder. Tal inversão aponta para a radical necessidade de *deixar como fato e explicitar como segredo e brutalidade* as múltiplas formas de dominação e sujeição.

Neste sentido aponta que, quando formulamos uma compreensão do poder a partir da noção do direito, aceitamos a idéia de que o poder apenas organiza multiplicidades “para o seu próprio bem”. Mas esta idéia não precisaria ser em si descartada, desde que tenhamos em mente que o direito é o código a partir do qual o poder se apresenta e quer ser falado. Neste sentido, o direito é aquele que, ao mesmo tempo, veicula e aplica a dominação, tendo, ainda, a função de:

*“(...) dissolver, no interior do poder, o fato da dominação, para fazer aparecer no lugar dessa dominação, que se queria reduzir ou mascarar, duas coisas: de um lado, os direitos legítimos da soberania, do outro a obrigação legal da obediência.” (ibidem: 31)*

Mas, para isso, é preciso que a análise não postule como dados iniciais a soberania do Estado e, sim, a compreenda como a forma terminal do poder. O poder, portanto, não é compreendido por este autor como algo que se detém, que alguns possuem e usam para dominar, o poder não está em nenhuma estrutura concreta pela qual estamos subjugados.

---

<sup>8</sup> Estas análises são centradas fundamentalmente nas noções de ideologia e em estudos que partem de leituras do uso do aparato estatal e do sistema capitalista na sua articulação com o campo da saúde (Campos, 1991; Mendes, 1993; Paim e Almeida Filho, 1998; Almeida Filho, 2003).

*“Nenhum ‘foco local’, nenhum ‘esquema de transformação’ poderia funcionar se, através de uma série de encadeamentos sucessivos, não se inserisse, no final das contas, em uma estratégia global. E, inversamente, nenhuma estratégia poderia proporcionar efeitos globais a não ser apoiada em relações precisas e tênues que lhe servissem, não de aplicação e consequência, mas se suporte e ponto de fixação.”*  
(Foucault, 1988: 95)

O poder, para Foucault, é relação entre forças, é o ato de afetar e a possibilidade de ser afetado, produzindo, assim, determinadas formas, movimentos, possibilidades. O poder seria *a ação sobre o campo de possibilidades de outras ações*: facilitar tal movimento, dificultar um outro, fomentar determinada forma, desacelerar certo ritmo. O poder, portanto, reconhece e opera sobre o movimento imanente do real, tentando imprimir sobre ele certo gerenciamento transcendente.

Por trabalhar com esta noção de poder, este autor volta seus estudos para o que é chamado de *microfísica do poder*, ou seja, as análises não se voltam para as grandes estruturas ou representações do poder, mas sim para as estratégias, as lutas informais, os exercícios, as máquinas locais de sujeição e as práticas móveis de resistência.

*“(...) em vez de orientar a pesquisa sobre o poder no sentido do edifício jurídico da soberania, dos aparelhos de Estado e das ideologias que o acompanham, deve-se orientá-lo para a dominação, os operadores materiais, as formas de sujeição, os usos ou conexões da sujeição pelos sistemas locais e os dispositivos estratégicos.”* (Foucault, 1979c: 186)

Este posicionamento teórico amplia a análise do exercício do poder, não ignorando o Estado como dispositivo importante, mas estendendo suas leituras para diversas outras relações e dispositivos forjados no coletivo que, em algum momento, podem ou não ser acoplados a mecanismos estatais.

Inspirado nesta nova noção do poder, Foucault aponta o que seriam as cinco precauções de seu método:

(1) Não analisar formas regulamentadas e legítimas, mas sim analisar poder em suas extremidades, instituições e técnicas; precaução que aponta para a necessidade de buscar nas técnicas cotidianas, nas produções corriqueiras do poder seus efeitos. Buscar compreender como funcionam ao invés de partir do que se diz sobre o que funciona.

(2) Não pensar em intenção ou decisão e não perguntar ‘quem’, mas estudar a face ‘externa’ do poder, ou seja, sua relação direta e local com seu alvo no campo e seus efeitos reais – como funciona o poder e o que produz? Ao invés de buscar estruturas determinantes das formas de poder, ao invés de relacioná-lo com instâncias abstratas e totalizadoras, buscar seu funcionamento e seus efeitos locais, o modo como em cada terreno limitado, sob cada matéria específica ele se exerce e se faz atuar produzindo hegemonias, técnicas de longo alcance, dominações massivas.

*“(…) como as coisas acontecem no momento mesmo, no nível, na altura do procedimento de sujeição, ou nesses processos contínuos e ininterruptos que sujeitam os corpos, dirigem os gestos, regem os comportamentos. Noutros termos, em vez de perguntar-se como o soberano aparece no alto, procurar saber como se constituíram pouco a pouco, progressivamente, realmente, materialmente, os súditos, o súdito, a partir da multiplicidade dos corpos, das forças, das energias, das matérias, dos desejos, dos pensamentos, etc.” (Foucault, 1999: 33)*

(3) Continuando nesta lógica, Foucault aponta ser preciso não tomar como objeto fenômenos de dominação maciços e homogêneos, não pensar em termos dos que têm e dos que não têm o poder, mas pensar seu funcionamento em cadeia. Uma breve discussão sobre a noção de indivíduo e sua relação com o poder seria aqui necessária, já que neste caso o indivíduo não é a matéria sobre a qual poder se aplica ou que a ele se submete. No aparato foucaultiano *“o poder transita pelo indivíduo que ele constitui”* (ibidem: 35). Indivíduo como efeito, pressuposto e objeto de um determinado tipo de poder e que, portanto, não tem de ser dele ‘resgatado’ ou ‘liberto’.

(4) A quarta precaução de alguma forma apenas confirma a terceira. Foucault afirma *“todos nós temos fascismo na cabeça”* e *“todos nós temos poder no corpo”* (ibidem: 35). Esta precaução nos chama atenção para o fato de que o poder circula em rede, se exerce em todos os pontos, ‘em todas as cabeças’, por todos os corpos. O poder não está em uma instância que poderia ou deveria ser banida para que a liberdade pudesse vigorar, o poder é exercício, das forças entre si e sobre si. Esta pista pode ajudar, inclusive, na compreensão da formação de hegemonias e de aparatos extensivos e gerais de exercício de poder. Como afirma Foucault:

*“Creio que é preciso (...) fazer uma análise ascendente do poder, ou seja, partir dos mecanismos infinitesimais, os quais têm sua própria história, seu próprio trajeto, sua própria técnica e tática, e depois ver como esses mecanismos de poder, que têm, pois, sua solidez e, de certo modo, sua tecnologia própria, foram e ainda são investidos, colonizados, utilizados, inflectidos, transformados, deslocados, estendidos, etc., por mecanismos cada vez mais gerais e por formas de dominação global.” (ibidem: 36)*

(5) E, por último, Foucault convida a deixarmos de usar o conceito de *ideologia*. Afirma que o que faz funcionar o poder são mecanismos e instrumentos “*efetivos de formação e acúmulo de saber*” (ibidem: 40), discursos e práticas que, a partir de observações, experimentos e técnicas operam sobre a materialidade dos corpos e a formação de verdades e mundos. Ademais, se o objetivo deste método é substituir qualquer noção naturalista da verdade, buscando seus modos de produção (seus regimes) a partir da análise do poder, trabalhar com um conceito como o de ‘ideologia’ nos levaria a trabalhar com a oposição de idéias verdadeiras e idéias ‘falseadas’.

*“Ora, creio que o problema não é se fazer a partilha entre o que num discurso se revela de cientificidade e da verdade e o que revelaria de outra coisa; mas de ver historicamente como se produzem efeitos de verdade no interior de discursos que não são em si nem verdadeiros nem falsos.” (Foucault, 1979d: 07)*

Mas, se o foco não é mais pensar o poder a partir das estruturas de Estado e suas ideologias, então que outro modo de análise é possível forjar para dar conta das múltiplas relações de força que pressupõe a produção da coordenação clínica-prevenção como constitutiva do campo da saúde na Modernidade?

A partir desta compreensão dos exercícios de poder, a análise das relações de força é feita a partir da noção de *diagramas* de poder. Os diagramas são definidos como determinadas relações entre forças (puras funções sobre matérias puras) características de uma dada formação histórica (Deleuze, 2006: 80-81). Como aponta Foucault:

*“Sem dúvida devemos ser nominalistas: o poder não é uma instituição e nem uma estrutura, não é uma certa potência de que alguns sejam dotados: é o nome dado a uma situação estratégica complexa numa sociedade determinada.” (1988: 89 – grifo meu)*

Os diagramas são dados, em cada sociedade, por determinadas funções sem nenhum uso específico (um puro afetar, um puro agir sobre possibilidades), que não têm tampouco nenhuma matéria específica, mas somente matérias puras (uma pura possibilidade de ser afetado, de ser agido). Determinadas relações de poder insistem em perpetuar-se e o fazem moldando formas. É isto que podemos chamar de *pura função* e *pura matéria*. No diagrama disciplinar, temos qualquer corpo como ‘pura matéria’ para a ‘pura função’ de *incitar*, ou qualquer população como ‘pura matéria’ para a ‘pura função’ de calcular, apenas para citar dois exemplos (Deleuze, 2006: 80-81).

Se o poder para Foucault, sob a leitura de Deleuze (2006: 80-81), é relação entre forças que seguem afetando (ativas) e sendo afetadas (receptivas), então o diagrama é uma determinada estratégia, localizada historicamente, de relação entre estas forças. Por ser uma estratégia é sempre móvel e descentralizada, é sempre um *exercício*.

É preciso fazer algumas ressalvas sobre a afirmação de que os diagramas são *historicamente* localizáveis. A primeira delas diz respeito à noção foucaultiana sobre a história – já discutida brevemente no primeiro momento do trabalho. Neste sentido, quando pontuo a historicidade da formação e transformação dos diagramas, de maneira alguma entendo que haja qualquer evolutividade ou desenvolvimentismo neste processo.

O diagrama, como já foi dito, é um determinado modo de organização da relação de forças. A cada momento histórico podemos visualizar uma certa agregação de forças humanas e não humanas (tecnológicas, econômicas, naturais etc.) que possibilita que determinadas (e não outras) estratégias de afetar se tornem hegemônicas. Esta é a historicidade dos diagramas: a possibilidade dada pela agregação das forças de que determinadas estratégias se tornem hegemônicas.

Tal hegemonia é construída, ademais, a partir de movimentos descentrados e capilares que, pouco a pouco, vão tomando corpo e centralidade fundamentalmente a partir da eficácia demonstrada de seus efeitos concretos de exercício de poder.

Outra ressalva é a de que ao mesmo tempo em que é preciso afirmar a historicidade dos diagramas faz-se extremamente necessário perceber a possibilidade da sobreposição de estratégias de diferentes diagramas. Com isso quero afirmar que, por serem

feitos da congregação de estratégias, por serem acima de tudo um exercício, os diagramas podem se sobrepor<sup>9</sup>.

Tendo a insistir, no entanto, que tal possibilidade de sobreposição não anula a afirmação de que diagramas são históricos, pois fazem funcionar, de maneira hegemônica, determinadas estratégias diferenciadas dos diagramas futuros ou predecessores.

Ademais, os diagramas estão sempre em contato com o campo do de fora, com o campo onde as forças são puro *dever*. O diagrama encerra determinadas estratégias e relações, mas nunca encerra todas as possibilidades de transmutação que as forças do *de fora* possibilitam.

As precauções metodológicas apontadas por Foucault, bem como a noção de *diagramas de poder*, são úteis por proporcionar outra forma de análise da articulação dos saberes clínicos e preventivos para além daquelas que se encerram na compreensão e diferenciação de objetos, temas, conceitos, instituições, sua articulação com o aparato estatal ou com as ideologias dominantes ou marginais.

No entanto, para ser possível compreender como a articulação clínica-prevenção expressa a participação destes saberes nas estratégias de dominação e de resistência próprias a cada diagrama, como opera a circulação capilar do poder pelo corpo social e como é/ foi acoplada a mecanismos estatais mais amplos e extensivos, nos falta, ainda, um passo metodológico. Tal passo diz respeito à compreensão da relação entre *poder* e formação de *saberes*. Vamos a ela.

## **Diagramas de poder e a formalização de saberes**

*“O fundamental da análise é que saber e poder se implicam mutuamente: não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício de poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber.” (Machado, 1979: XXI)*

---

<sup>9</sup> Estratégias do diagrama disciplinar, por exemplo, são vistas atuando sob a hegemonia do diagrama de controle bem como ainda existem, hoje, lógicas da soberania em atuação.

Como já apontado, a busca por pensar de forma fronteiriça, neste trabalho, expressa um esforço por acessar aquilo que Deleuze conceituou como o plano do de fora. Para Deleuze (2006: 93) “*o lado de fora diz respeito à força (...). Há, então, um devir de forças que não se confunde com a história das formas, já que opera em outra dimensão*”. Ou seja, pensar a relação entre clínica e prevenção não a partir de suas formas dadas, mas a partir do jogo de forças, das relações de poder que as dá possibilidade de existência.

Mas, se no item anterior foi possível compreender – ao menos brevemente – tal enfoque nas forças, ainda nos falta compreender melhor qual a relação deste *informal* – força – com a constituição formal das articulações entre clínica e prevenção. Para desenvolver estes problemas focarei minha análise na relação das categorias de *saber e diagrama de poder* em Foucault (1975, 1988 e 1999), me utilizando, ainda, da leitura deleuziana deste autor.

Para Deleuze (2006) o trabalho de Foucault se baseia fundamentalmente em desenvolver uma compreensão sobre *o que é pensar*; assim, divide o exercício do pensamento, em Foucault, em três eixos: *a arqueologia dos saberes, as estratégias de poder e a genealogia da subjetivação*.

Enquanto a arqueologia dá conta da análise das formas de saber, as estratégias de poder dariam conta da explicação do “aparecimento de saberes a partir de condições de possibilidade externas aos próprios saberes, ou melhor, que imanentes a eles – (...) – os situam como elementos de um dispositivo de natureza essencialmente política” (Machado, 1981: 187 – grifo meu). A genealogia dos processos de subjetivação seria, por sua vez, o esforço por mapear os movimentos de afetação das forças sobre si mesmas, a partir dos quais se criam dobras, modos de resistência aos dados que o poder faz ver e falar. Segundo Deleuze:

*“As forças vêm sempre do de fora, de um fora mais longínquo que toda a forma de exterioridade. Por isso não há apenas singularidades presas em relações de forças, mas singularidades de resistência, capazes de modificar essas relações, invertê-las, de mudar o diagrama instável.”*  
(2006: 129-130 – grifo meu)

Machado (1981) aponta que a análise das estratégias de poder (ou o que em alguns momentos é chamado de “genealogia do poder”) pode ser entendida como a “*análise histórica das condições de possibilidade dos discursos*” (188). O foco é dado para a relação entre saber e poder: formalização de enunciados-visibilidades e estratégias informais de relação entre forças.

*“É preciso se livrar do sujeito constituinte, livrar-se do próprio sujeito, isto é, chegar a uma análise que possa dar conta da constituição do sujeito na trama histórica. É isto que eu chamaria de genealogia, isto é, uma forma de história que dê conta da constituição dos saberes, dos discursos, dos domínios do objeto, etc. (...)” (Foucault, 1979c: 07)*

Mas, como apontado, a genealogia das estratégias se propõe a analisar como o poder se relaciona com a produção de saberes. Este campo móvel, puro exercício, estratégia informal é entendido na teoria foucaultiana como condição para produção de práticas e discursos. Segundo Deleuze:

*“Certamente o poder, se considerando abstratamente, não vê nem fala. É uma toupeira, que sabe se orientar apenas em sua rede de galerias, em sua toca múltipla: ele ‘se exerce a partir de inúmeros pontos’, ele ‘vem de baixo’. Mas, justamente, como ele mesmo não fala e não vê, faz ver e falar.” (2006: 89)*

O poder se formaliza, portanto, nas formas de saber: enunciados e visibilidades. Aqui não será útil compreender as duas dimensões do saber – enunciações e visibilidades – nem tampouco as complexas especificidades de ambas. O que é importante notar, no entanto, é que o poder é entendido como causa imanente do saber, engendrando os agenciamentos que formalizam discursos e luminosidades. Como aponta Deleuze ao citar François Châtelet (ibidem: 82): *o poder como exercício, o saber como regulamento*.

Neste sentido, os saberes clínicos e preventivos serão compreendidos como formalizações de determinadas estratégias de poder, localizadas a partir de diagramas historicamente localizáveis. A partir da clínica e da prevenção, enquanto saberes, tais estratégias do poder ganham corpo, agem, dão forma, produzem vida, mundos, discursos. O poder, portanto, faz ver e falar mundos, produz verdades, mas o faz através dos saberes.

*“Se o poder não é simplesmente violência, não é só porque ele próprio passa por categorias que exprimem a relação da força com a força (incitar, induzir, produzir um efeito útil, etc.), mas também porque, em relação ao saber, ele produz verdade, enquanto faz ver e faz falar.” (ibidem: 90)*

O poder é, portanto, produtivo: incita, seduz, dá forma, mas também é condição de formalização de regulamentos, de enunciados e práticas: de saber. O saber é, neste caso, o *grande murmúrio* (ibidem) anônimo a partir do qual determinada época faz ver e falar seus objetos, seus reais, seus sujeitos. Ao mesmo tempo, também a partir das análises dos saberes podemos alcançar certo julgamento ético sobre as formas de existência que estamos sendo capazes de produzir:

*“Há coisas que só se pode fazer ou dizer levado por uma baixeza de alma, uma vida rancorosa ou por vingança contra a vida. (...) Já era a idéia de modo em Espinosa. E será que isso não está presente desde a primeira filosofia de Foucault: o que somos ‘capazes’ de ver e dizer (no sentido do enunciado)?” (Deleuze, 1992: 126)*

Neste sentido, não se fala de algo ‘real’ que se vê, nem tampouco se vê aquilo do que se fala. O saber é um *agenciamento prático*, uma *máquina* como denomina Deleuze (ibidem), *máquina enunciativa* e *máquina concreta*: máquina que faz ver e falar. O saber nada tem a ver com a tradução da realidade, com a descoberta da verdade por algum sujeito.

*“Pode-se mesmo dizer que se não há, sob o saber, uma experiência originária, livre e selvagem como pretendia a Fenomenologia, é porque o Ver e o Falar sempre estiveram inteiramente presos nas relações de poder que eles supõem e atualizam.” (Deleuze: 2006 89)*

Assim, neste trabalho, a articulação dos campos da clínica e da prevenção e as alterações desta mesma articulação serão compreendidas como formalizações de relações de forças, configuradas em determinados diagramas de poder historicamente localizáveis.

A partir do entendimento da relação singular entre saber e poder, com primado do segundo sobre o primeiro, sendo o poder *causa imanente* dos saberes, Machado (1990) afirma que não são as formas (saberes) que mudam, mas a relação entre as forças de onde

decorrem as formas. Seria, portanto, preciso compreender a alteração de forças para acessar as razões – enquanto causas imanentes – das alterações dos saberes.

Se os saberes são compreendidos historicamente a partir dos diagramas de poder que lhes dão possibilidade imanente de existência, também de *forma histórica e contextual* devem ser entendidos os próprios diagramas. Isto, mesmo que a noção de *história* de Foucault carregue doses revolucionárias de intempestividade.

*“Se as combinações variáveis das duas formas – o visível e o enunciável – constituem os estratos ou formações históricas, a microfísica do poder expõe, ao contrário, as relações de forças num elemento informe e não-estratificado. Por isso o diagrama supra-sensível [poder] não se confunde com o arquivo audiovisual [saber]: ele é como um a priori que a formação histórica supõe. (...) As relações de forças, móveis, evanescentes, difusas, não estão do lado de fora dos estratos, mas são o seu lado de fora. Isso porque os a priori da história são, eles próprios, históricos.” (Deleuze, 2006: 91)*

A intempestividade deste processo é dada pelo fato dos diagramas estarem sempre em relação com o devir das forças, logo, sempre passíveis de transformações. Sendo assim, sob esta leitura, é possível compreender a alteração das relações dominantes de poder (diagrama) e a transformação das formas instituídas de saber e, também e fundamentalmente, a possibilidade infinita de resistir das forças.

*“A história de uma coisa, em geral, é a sucessão das forças que dela se apoderam, e a coexistência das forças que lutam para dela se apoderar. Um mesmo objecto, um mesmo fenômeno muda de sentido consoante a força que dele se apropria.” (Deleuze, s/d: 09)*

É a partir desta noção de alteração de diagramas e de relação de força que estudarei, a partir das alterações na articulação entre clínica e prevenção, a alteração do diagrama disciplinar para uma sociedade chamada de *controle* (Deleuze, 1992: 219) e as possíveis formas de resistência que possam estar sendo cunhadas no contemporâneo dentro do campo da saúde.

**DIAGRAMA DISCIPLINAR E A FRONTEIRA  
CLÍNICA-PREVENÇÃO**

## **Modernidade – quando os poderes de criação descem dos céus à Terra**

Foucault (1988) buscou apontar como o homem se tornou interesse fundamental das Ciências a partir do início da Modernidade. É este momento histórico que agora me interessa, dado que ele anuncia a possibilidade de pensarmos a conformação do campo da saúde – como o entendemos a partir de então e até os dias de hoje – e, assim, compreender como a relação entre saberes clínicos e preventivos passa a definir a estruturação do mesmo durante toda a Modernidade.

Será preciso, portanto, navegar por algumas leituras das transformações fundamentais decorridas a partir da Modernidade, localizando, assim, qual o novo diagrama de forças que se esboçou naquele momento. Depois de feito este percurso, passaremos à compreensão de como este diagrama se expressava no campo da saúde e, especificamente, na relação entre clínica e prevenção.

Antonio Negri e Michael Hardt (2005a) apontam que a Modernidade pode ser definida enquanto um processo revolucionário e contra-revolucionário, configurando-se, assim, enquanto momento de crise. Tal crise se instala sobre a tensão entre uma determinada liberação de todo um campo de imanência – onde o poder de criação e invenção da vida desce *dos céus à Terra* – e uma contra-insurgência da lógica transcendental que *“por não poder voltar ao passado nem destruir as novas forças, procurou dominar e expropriar a força dos movimentos e dinâmicas emergentes”* (ibidem: 92). Sendo assim, segundo estes autores:

*“A própria modernidade é definida por crise, uma crise nascida do conflito ininterrupto entre as forças imanentes, construtivas e criadoras e o poder transcendente que visa restaurar a ordem” (Hardt e Negri, 2005a: 93).*

Não me atarei a descrever tal liberação do plano de imanência, basta compreender que se tratou da radical *“afirmação dos poderes deste mundo”* (ibidem: 89), da capacidade dos homens e da vida se regularem a partir não mais de leis transcendentais pertencentes a forças sobrenaturais e divinas, mas sim de se produzirem a si mesmos e criarem suas regras de funcionamento.

É importante frisar, ainda, que tal liberação se mostrou fundamental, entre outras coisas, para que fosse possível a consolidação da mudança de um modo de produção feudal para o modo de produção capitalista nascente. Era preciso que certa imanência na produção da vida estivesse liberada, para que homens – de um certo modo *livres* e donos de sua capacidade de produzir e se associar a outros homens – pudessem se propor ou, ainda mais, *desejar* vender sua força de produção de maneira autônoma a outros homens.

Mas tal liberação trazia riscos. A liberdade e a imanência não podiam se atualizar de forma radical, o capitalismo mesmo não sobreviveria deste modo. Foi neste impasse – entre liberação das forças criativas e produtivas e a construção de novas lógicas transcendentais – que a Modernidade e suas estratégias de poder foram se constituindo.

Aqui farei um aparente desvio para navegarmos um pouco nas produções de Foucault (1975, 1979a, 1988, 1997 e 1999) sobre este mesmo período. Para Hardt e Negri:

*“Foucault se refere a essa transição [da Modernidade] do paradigma de soberania para o de governamentalidade: por soberania ele quer dizer a transcendência do ponto único de comando do campo social, e por governamentalidade refere-se à economia geral de disciplina que perpassa a sociedade. (...) A modernidade substituiu a transcendência tradicional de comando pela transcendência da função ordenadora.”*  
(2005a: 106)

Para Foucault, portanto, mudanças de conjuntura – de início capilares, mas progressivamente estendidas ao todo do corpo social – fizeram com que o poder soberano, que antes agia sobre a vida apenas através do direito que possuía e legitimava de *matar*, seja substituído por um poder que incide sobre a vida, *gerindo-a*<sup>10</sup>.

Podemos pensar que é porque certo campo de imanência tem de ser liberado durante a Modernidade que os modos de operar do poder também tiveram de mudar. É preciso um novo modo de operar o poder que libere a vida e, mais do que isso, a gerencie, maximize suas potências, a discipline para criar e produzir.

---

<sup>10</sup> No entanto, é importante notar em que medida a lógica soberana continua a operar: a soberania é aquilo que mascara o poder disciplinar, apagando a dominação e garantindo direitos soberanos a cada um, por meio da soberania coletiva das populações. Para um melhor entendimento da articulação estratégias-disciplinares/ direto-soberano ver Foucault, 1999: 40.

Sendo assim, o poder na Modernidade é um poder que toma o homem vivo, seu corpo, suas forças, bem com o conjunto das forças coletivas como alvo. Para isso, tem como motes fundamentais diversas estratégias de controle, vigilância, mas, principalmente, de adestramento, gerenciamento e utilização das forças humanas ao seu máximo e docilização de seus corpos, com decorrente esvaziamento de sua capacidade de resistência.

Para Foucault foram mudanças nos modos de produção e na relação das forças do homem com outras forças (divinas, econômicas, naturais etc.) – inicialmente pequenas, parciais e localizadas, mas que, pela efetividade de seus efeitos, foram se expandindo – que tiveram como efeito toda uma mudança global nos modos do poder operar e da vida se produzir. A mudança fundamental apontada por Foucault é aquele que aponta que, se antes o poder visava controlar a vida *de fora*, apenas a partir do seu direito de eliminá-la, passa a ser necessário ao novo diagrama de forças *utilizar a vida ao seu máximo*. É preciso fazer a vida produzir e produzir da maneira mais econômica possível. Para isso é preciso liberar a vida do medo do direito soberano de fazer morrer e fazê-la *querer*, fazê-la *desejar viver*.

Para este novo modo de exercício do poder, Foucault dá o nome de *poder disciplinar*. Seu princípio fundamental seria o *crescimento das forças dominadas e aumento da força e eficácia de quem domina*. Um poder tanto mais eficaz quanto mais econômico – tanto mais liberador de um campo de imanência quanto mais eficiente em recapturar as produções que ali se dão. Segundo este autor é a *“técnica de gerir os homens, controlar as multiplicidades, utilizá-las ao máximo e majorar o efeito útil de seu trabalho e sua atividade”* (Foucault, 1979e: 105).

Mas como empreender tal tarefa? Como era possível liberar forças de criação e produção e, ao mesmo tempo, controlá-las? Quais estratégias poderiam ser bem sucedidas no objetivo de fomentar a criação e a produção e, ao mesmo tempo, não perder o poder transcendente de organização, de quebra de *devires revolucionários* (Deleuze, 1997)?

Hardt e Negri (2005a) nos dão uma explicação clara disto dizendo que ao produzir um indivíduo “livre” e “autônomo” foi necessário opô-lo ao que poderia ser sua derrocada: as massas ou, ainda, os coletivos. Ao poder disciplinar era preciso, então, criar instâncias transcendentais de mediação do conflito individual/ coletivo.

A produção desta dicotomia indivíduo-coletivo foi necessária para manter a crise entre a liberação do campo de imanência e os mecanismos transcendentais que visavam gerir e controlar tal liberação. Para compreendermos melhor como o Diagrama Disciplinar e a Modernidade se situam sobre a produção de uma oposição entre individual e coletivo, recorrerei novamente a Foucault.

Este autor aponta como estratégia básica do Diagrama Disciplinar infinitos movimentos de individualização e totalização – ou o que poderíamos chamar de produção de identidades e produção de totalidades. A maior expressão deste movimento infinito das disciplinas está no que Foucault optou por chamar das duas estratégias coordenadas deste diagrama: a anátomo e a biopolítica. Duas estratégias coordenadas ao mesmo tempo de individualização e totalização das multiplicidades e das singularidades, postas em ação para maximizar força, liberar os desejos de criação e agregação e, ao mesmo tempo, capturar suas produções e controlar *devires revolucionários*. Deleuze diz desta característica fundamental das estratégias disciplinares de forma brilhante ao apontar que:

*“As sociedades disciplinares têm dois pólos: a assinatura que indica o indivíduo, e o número de matrícula que indica sua posição numa massa. É que as disciplinas nunca viram incompatibilidade entre os dois, e é ao mesmo tempo que o poder é massificante e individuante, isto é, constitui num corpo único aqueles sobre os quais se exerce, e molda a individualidade de cada membro do corpo (...).” (Deleuze, 1992: 222)*

### **Diagrama Disciplinar e suas duas estratégias coordenadas: a anátomo e biopolítica**

A partir desta idéia deleuziana, de que não sob o diagrama disciplinar não há absolutamente nenhuma incompatibilidade e, portanto, nenhum tipo de oposição ou dicotomia entre individual e coletivo que iremos trabalhar os conceitos de anátomo e biopolítica de Foucault. Ou seja, é importante não cair na tentação de compreendê-los como pólos opostos ou dicotômicos. Ao contrário, são pólos complementares – apesar de radicalmente diferentes – que são atravessados por lógicas muito semelhantes, apesar de se

configurarem enquanto estratégias que visam produzir dois efeitos distintos: a produção e o gerenciamento de indivíduos e de populações.

Poderia definir rapidamente a anátomopolítica como a produção do indivíduo a partir de séries ou todos. O indivíduo é totalizado em si mesmo e, ao mesmo tempo, localizado em um todo que o define. A biopolítica, por outro lado, é a estratégia que garante a criação de todos identitários e individualizados nos quais os indivíduos são rapidamente localizados e identificados. Mas façamos uma pequena regressão...

O capitalismo precisava, como já apontado, de indivíduos “livres” para criar e produzir. Ao mesmo tempo, não podia deixar que o campo de imanência funcionasse sem que suas produções (atualizações) fossem rapidamente (re)capturadas para fins condizentes com a própria reprodução do sistema. Foi preciso, portanto, ao mesmo tempo eliminar a forma de transcendência medieval que limitava e inibia a produção e o consumo e liberar um certo plano de imanência que permitisse a produção e o consumo para franco desenvolvimento de um mundo de acumulação capitalista.

Para isso era preciso inventar, primeiramente, um sujeito livre e autônomo que, assim, organizasse toda sua existência sob uma consigna capitalística e que fosse, parcialmente, *gerente de si mesmo*. Ao mesmo tempo era preciso gerir as coletividades. O perigo da agregação espontânea e ‘desordenada’ (ou melhor, ordenada sobre outra lógica que não a do capital) seria sempre uma ameaça. Assim, foi preciso *opor* este indivíduo, *aparentemente* livre e gerente soberano de suas vontades e potências, a um coletivo *aparentemente* limitador destas mesmas vontades e potências.

Todo um amplo aparato foi se montando – não segundo lógicas claras e objetivas, mas muito mais segundo a eficácia prática de seus efeitos – para a produção destas duas ‘entidades’ fundamentais à Modernidade: o indivíduo e a população. A população foi o ‘ente’ que veio responder à permanente tensão forjada entre a ‘vontade individual’ e a ‘vontade coletiva’. O indivíduo tinha, portanto, um ‘ente’ localizável ao qual ao mesmo tempo se opunha e com o qual se agregava – com o qual havia de fazer um pacto de convivência pacífica e respeitosa.

Foucault oferece um modo interessante para lermos as estratégias de poder na Modernidade e a tentativa de resolução da sua crise (colocada por Hardt e Negri, 2005a) a partir da oposição indivíduo-coletivo quando aponta que o complexo aparato que configura o biopoder sob o diagrama disciplinar funciona sob duas formas principais as quais denomina anátomo e biopolítica.

*“Concretamente, esse poder sobre a vida desenvolveu-se a partir do século XVII, em duas formas principais; que não são antitéticas e constituem, ao contrário, dois pólos de desenvolvimento interligados por todo um feixe intermediário de relações. (...) A disciplina dos corpos e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação – durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para o desempenho do corpo e encarando os processos da vida – caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida de cima a baixo.”*  
(Foucault, 1988: 131)

O diagrama disciplinar tem, portanto, como *puras funções* a anátomo e a biopolítica agindo sobre duas *puras matérias*: um corpo qualquer e uma *população qualquer* (Deleuze, 2006). Tais modos de operar – transformando corpos, tanto ‘individuados’ como ‘populacionais’, em realidades produtivas e gerenciáveis – são colocados como elemento indispensável para constituição do capitalismo, já que é através de suas técnicas anátomo e bio-políticas que se faz a “*inserção controlada dos corpos nos aparelhos de produção*” e o “*ajustamento dos fenômenos de população aos processos econômicos*” (ibidem: 132).

Para os fins deste trabalho, seria interessante definir a anátomo-política como um conjunto de técnicas íntimas, mas de alcance social. São técnicas que visam à individualização, organização, correção, incitação e maximização das forças de cada *corpo tornado e fabricado* enquanto *corpo individual*, a partir de sua localização num conjunto operativo e hierarquizável. Uma ótima imagem para clarear a ótica sob a qual trabalha a anátomo-política é a de um “*enfoque político das pequenas coisas*” (ibidem: 121).

*“Técnicas sempre minuciosas, muitas vezes íntimas, mas que têm sua importância: porque definem um certo modo de investimento político e detalhado do corpo, uma nova ‘microfísica’ do poder; e porque não cessaram, desde o século XVII, de ganhar campos cada vez mais vastos, como se tendessem a cobrir o corpo social inteiro.” (1975: 120)*

É através destes processos que tomam a realidade em seus detalhes, que opera a anátomo-política, produzindo assim individualidades localizáveis em um todo organizado.

Ao segundo eixo das estratégias disciplinares Foucault dá o nome de bio-política. A bio-política ganhou forma um pouco tardiamente em relação à gênese da anátomo-política do corpo; se consolida como estratégia no século XIX, tomando as coletividades enquanto populações como sua matéria a ser agida, afetada.

A bio-política opera, assim, por acompanhamento, observação, registro e manipulação dos processos múltiplos das coletividades visando sua totalização e regulação sob a consigna da necessidade de proteger o corpo social, as populações.

Anátomo e bio-política, portanto, enquanto duas tecnologias ainda separadas no século XVIII, mas que se articulam durante o século XIX não a nível teórico, mas *prático*. Esta afirmação acerca da articulação ao nível prático pode nos ajudar a compreender como clínica e prevenção se coordenam sob o diagrama disciplinar sem formarem *entre si* nenhum tipo de oposição ou dicotomia, mesmo que, no plano dos conceitos, objetos ou temas, tais campos possam ensaiar algum tipo de oposição.

O poder disciplinar é, nos estudos de Foucault, expressão deste aparato amplo montado para a produção de indivíduos e de populações e sua organização produtiva. Foucault descreve como as disciplinas inauguram um discurso próprio, fundamentalmente sobre o homem enquanto corpo, indivíduo e espécie. Por este enfoque – na gerência do *vivo*; seja ele *individual, populacional, orgânico, social* etc. – chama também este novo modo do poder de *biopoder*.

Neste sentido, desde a instauração do biopoder a partir da Modernidade nos depara com um biológico que não pode ser considerado a não ser como *biológico político*, tanto quanto o corpo social passa a ser tratado enquanto *realidade biológica* – a dicotomia entre natural e político aqui cai por terra:

*“O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política.” (Foucault, 1979a: 80)*

Um *biológico político* e um *social biologizado*. O corpo e suas forças são tomados como foco do poder, gerenciadas, maximizadas, introduzidas em toda uma rede de produção complexa (econômica, subjetiva, social, discursiva etc.). Ao mesmo tempo, os fenômenos coletivos passam por processos que matematizam e naturalizam a vida das coletividades.

Era preciso produzir corpos individuais e populacionais e, mais do que isso, fazê-los funcionar, gerenciá-los a favor da produção de um sistema cada vez mais economicamente funcional. Neste sentido, Foucault aponta que, se os grandes aparelhos de Estado, como *organizações* do poder, garantiram a manutenção das relações de produção, o biopoder, com sua incidência em múltiplas e variadas *organizações* (Estatais, mas também na escola, na família, no hospital, no exército etc.), a garantiu no nível dos processos, do seu desenrolar.

*“(...) os processos disciplinares, postos em prática pela administração, investiram tão profundamente a sociedade que conseguem configurar-se, a si próprios, como aparelhos que levam em conta a dimensão biológica coletiva da reprodução popular. A realização da soberania moderna é o nascimento do biopoder.” (Hardt e Negri, 2005a: 106)*

Tendo este modo de operar do poder foco na vida enquanto corpo biológico e espécie, não é de estranhar a confirmação de que o campo da saúde e os saberes que o conformam tenham tomado crescente importância, com concomitante desenvolvimento teórico e incidência prática.

*“A razão por que a questão do homem foi colocada – em sua especificidade de ser vivo e em relação aos outros seres vivos – deve ser buscada no novo modo de relação entre a história e a vida: nesta posição dupla da vida, que a situa fora da história como suas imediações biológicas e, ao mesmo tempo, dentro da historicidade*

*humana, infiltrada por suas técnicas de saber e poder. Não é necessário insistir, também, sobre a proliferação das tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e morar, as condições de vida, todo o espaço da existência.” (1988: 135 – grifo meu)*

O que Foucault aponta é que, já antes das disciplinas, o corpo era objeto do poder, o que muda no século XVII são as técnicas sob as quais ele é afetado. Como já foi apontado, a partir das disciplinas toda uma tecnologia do detalhe e dos processos do *corpo ativo* é posta em funcionamento através de exercícios, do esquadramento do tempo, do espaço e dos movimentos.

*“A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos ‘dóceis’. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). Em uma palavra: ela dissocia o poder do corpo: faz dele por um lado ‘aptidão’, uma ‘capacidade’ que ela procura aumentar; e inverte por outro lado a energia, a potência que poderia resultar disso, e faz dela uma relação de sujeição estrita.” (Foucault, 1975: 119)*

Ao mesmo tempo em que incita e produz corpos úteis, as disciplinas visam diminuir sua capacidade de resistência. Os métodos usados para alcançar tal fim, no entanto, não remetem necessariamente a métodos de coerção e violência. Tendem a ser métodos muito mais sutis e complexos: métodos de submissão de cada um a si mesmo, ao cuidado e ao exercício: *“aumento do domínio de cada um sobre seu próprio corpo”* (Foucault, 1975: 119).

É aqui que todas as ciências da saúde passam hegemonicamente a atuar: na produção de saberes (modos de ver e fazer) que operem o maquinismo das disciplinas na sua dimensão mais sutil e produtiva. Aquela dimensão que faz produzir, de maneira não violenta, corpos e populações dóceis, capazes de maximizarem suas capacidades produtivas e gerirem seu cuidado, expandindo suas forças de criação.

O campo da saúde, assim, entra em cena: começa a definir-se e toma maior importância no século XIX. Em um primeiro momento a partir da filantropia – caracterizada por pessoas ‘leigas’ que vinham se ocupar da vida dos outros, de sua saúde, alimentação, moradia, etc. – e, posteriormente, através de uma gama vasta de *instituições, personagens e saberes* (higiene pública, assistentes sociais, psicólogos, médicos, hospital etc.).

O artigo “O nascimento da medicina social” (Foucault, 1979a)<sup>11</sup> pode ser uma entrada interessante para a análise das formas através das quais o campo da saúde operou a organização de singularidades e multiplicidades, produzindo indivíduos e populações úteis e dóceis. Neste artigo, o autor descreve como foi na articulação entre saberes clínicos e saberes preventivos que o campo da saúde passa a funcionar na Modernidade.

### **A coordenação clínica-prevenção no Diagrama Disciplinar**

No artigo já citado, Foucault (1979a) dá um panorama que – apesar de euro-centrado – remonta à gênese da medicina e da saúde pública apontando diversas ações preventivas, misturadas de forma complexa com a racionalidade e as ações clínicas. O que desejo explorar deste panorama são as principais características da clínica e da prevenção e o modo pelo qual se encontravam articuladas durante a Modernidade.

Segundo Foucault (ibidem), o campo da saúde – como o entendemos hoje – tem sua gênese na Modernidade a partir de um controle forte e normalizador do Estado, que começa pela normalização não dos doentes ou dos cidadãos, mas da própria prática médica e dos médicos. Paralelamente ao controle da prática médica, de sua organização, do escamoteamento de suas multiplicidades não ordenadas, o Estado investe na organização administrativa da “saúde” das populações, centralizando e unificando ações, nomeando responsabilidades e organizando o território.

---

<sup>11</sup> Neste texto Foucault se refere à *medicina moderna*, aqui escolherei trabalhar com a idéia de *campo da saúde*. O autor a descreve como alicerçada sobre um tripé: o Estado, as cidades (ou a urbanidade) e a força de trabalho. O autor destrincha, ainda, diversos movimentos de formação deste campo tendo como foco, fundamentalmente, o contexto europeu.

Em um segundo momento, o autor aponta a forte presença de uma medicina urbana. Para operar esta higienização das *coisas da cidade*, os saberes da saúde constroem estratégias de vasculhagem de aglomerações, estudo e ordenação do espaço e sua ocupação a fim de torná-lo mais facilmente observável e acessível a intervenções. Toda uma separação entre pobres e ricos, doentes e sãos, espaços de trabalho e espaços de moradia vai se constituindo. Observação, ordenação e normatização da cidade se tornam funções da saúde.

Lembremos, ainda, que, nesta época, era exatamente nas cidades (ainda em formação) que se encontrava a mais densa possibilidade de insurreições coletivas desprovidas de qualquer centralidade. É neste sentido que Foucault afirma que: “*Este pânico urbano é característico deste cuidado, desta inquietude político-sanitária que se forma à medida em que se desenvolve o tecido urbano*” (1979a: 87).

Mas não era só na dimensão ampla da cidade e dos aglomerados urbanos – na dimensão do *corpo populacional* – que a saúde intervinha. Já em seus primeiros momentos este campo desenvolvia práticas do detalhe que, por meio da mesma lógica de observação, organização e normatização, visava, maximizando as forças e controlando, assim, *corpos individuais*.

As intervenções da medicina social nascente sobre os corpos individuais são analisadas por Foucault a partir de um movimento que o autor chama de *medicina dos pobres*. São diversas estratégias de saúde pública que visam “*um controle da saúde e do corpo das classes mais pobres para torná-las mais aptas ao trabalho e menos perigosas às classes mais ricas*” (ibidem: 97).

O campo da saúde na Modernidade se configura, portanto, sobre a coordenação entre estratégias anátomo-políticas – que visavam *fazer ver*, construir um discurso e, deste modo, gerir os processos da vida em seu detalhe – e estratégias bio-políticas – que visavam produzir saberes e fomentar a organização destes mesmos processos a partir de totalizações. Uma complexa coordenação de estratégias *coletivas* ora de organização do corpo individual (para fins sociais), ora de organização do corpo populacional (com efeitos

individualizantes). As análises de Foucault sobre o nascimento do hospital (1979e) ajudam a visualizar a formação dos saberes e práticas do campo da saúde sob esta dupla lógica.

O hospital só seria transformado em instrumento terapêutico no século séc. XVII a partir da disciplinarização do espaço médico, isolamento dos indivíduos, criação de leitos e organização do espaço, práticas de observação e produção de conhecimento com vistas à cura.

Pode hoje nos parecer estranho, mas, antes das disciplinas, não eram estas as funções nem o modo de funcionamento dos hospitais. É apenas a partir da ascensão de uma nova forma de poder que o indivíduo *doente* é passível de *ser falado e visto* e de ser tomado como objeto do saber médico e da cura. E isto se dá fundamentalmente a partir do reconhecimento do espaço hospitalar enquanto espaço voltado para tratamento, reabilitação e cura.

A reestruturação do espaço, dos saberes e das funções que circulavam nos hospitais foi, portanto, um dispositivo fundamental de operacionalização de técnicas anátomo e bio-políticas no campo da saúde na Modernidade. Foi a partir da celulização do espaço, dos indivíduos, das doenças, dos tratamentos etc. que todo um processo de individuação do processo saúde-doença se deu; produzindo, deste modo, as condições de desenvolvimento de uma nova gama de discursos sobre a saúde, o doente, o tratamento, as doenças.

Como apresenta Foucault (1979e), anteriormente o hospital era abrigo – e não espaço de tratamento – de uma vastidão de processos que de alguma forma eram tidos como processos que necessitavam ser excluídos e confinados: indigência, loucura, pobreza e, também, a doença. Um dos primeiros movimentos de mudança no hospital foi, portanto, a separação de tais processos, tendo a doença restado como a realidade a ser observada, organizada, *falada* e tratada naquele espaço.

Sobre a organização do espaço, Foucault aponta que são criados espaços especificados a determinados exercícios e funções (escola, hospital, fábrica etc.), o espaço é celulizado. Neste sentido, não apenas a função do hospital foi reduzida ao tratamento

apenas das doenças – sendo outras manifestações que antes ali tinham lugar reservadas a outros espaços – como o próprio espaço dentro do hospital teve de passar por muitas mudanças. O espaço tende a se tornar espaço *útil*: espaço organizado onde é possível observar, avaliar, conhecer e gerir a vida que ali habita.

As análises foucaultianas apontam ser característico das disciplinas operar por distribuições no espaço e regulação dos tempos e ritmos, com controle das atividades no que concerne ao seu processo (articulação corpo-gesto-objeto, elaboração dos tempos e ritmos etc.). No âmbito da saúde isso não acontece de forma diferente. Tanto as ações de saúde ajudam na organização do espaço, como estas próprias ações passam por uma disciplinarização: regulação dos processos assistenciais, do manejo de doentes e processos populacionais, dos espaços voltados ao tratamento e cuidado das doenças etc.

A partir de tal regulação se faz possível mais facilmente e de forma mais imediata localizar corpos, criar identidades e hierarquias, observar movimentações e deserções:

*“Evitar a distribuição por grupos; decompor as implantações coletivas; analisar as pluralidades confusas, maciças ou fugidias. O espaço disciplinar tende a se dividir em tantas parcelas quanto os corpos ou elementos há a partir. É preciso anular os efeitos das repartições indecisas, o desaparecimento descontrolado dos indivíduos, sua circulação difusa, sua coagulação inutilizável e perigosa; tática de antideserção, de antivadiagem, de antiaglomeração. Importa estabelecer as presenças e as ausências, saber onde e como encontrar os indivíduos, instaurar as comunicações úteis, interromper as outras, poder a cada instante vigiar o comportamento de cada um, aprecia-lo, sanciona-lo, medir as qualidades ou os méritos. Procedimento, portanto, para conhecer, dominar e utilizar. A disciplina organiza um espaço analítico.” (ibidem: 123)*

Aqui podemos lembrar de diversas ações e programas do campo da saúde que operam – inclusive nos dias de hoje – por esquadrinha do espaço, classificação de indivíduos, análise de organizações espaciais e de grupos, criação de cadastros e

classificações para indivíduos e agrupamentos. Sobre a utilidade da disciplinarização do espaço para e pelo campo da saúde, Foucault diz:

*“(...) pouco a pouco um espaço administrativo e político se articula em espaço terapêutico; tende a individualizar os corpos, as doenças, os sintomas, as vidas e as mortes; constitui um quadro real de singularidades justapostas e cuidadosamente distintas. Nasce da disciplina um espaço útil do ponto de vista médico.” (ibidem: 124)*

Ao descrever a organização do espaço nas estratégias disciplinares, Foucault revela algo de fundamental na sua compreensão da anátomo-política e, mais ainda, de toda a lógica disciplinar: ela *“individualiza os corpos por uma localização que não os implanta, mas os distribui e os faz circular numa rede de relações”*. Com isso o autor explora a característica desta forma de operar o poder que, aqui, mais interessa: *“se situa sobre o eixo que liga o singular e o múltiplo”* (1975: 125). Técnica de produção de individualidades organizadas e referenciadas a uma totalidade também gerenciada, assim funcionam as disciplinas: numa dupla coordenação – em momento algum dicotômica – entre uma lógica anátomo e uma lógica biopolítica.

*“Ela [disciplina] permite ao mesmo tempo a caracterização do indivíduo como indivíduo, e a colocação em ordem de uma multiplicidade dada. Ela é a condição primeira para o controle e o uso de um conjunto de elementos distintos: a base para uma microfísica de um poder que poderíamos chamar ‘celular’.” (1975: 127)*

A partir desta idéia podemos compreender como através da nova organização do espaço hospitalar foi desenvolvida toda uma gama de saberes sobre o corpo individual e formas de tratá-lo que são embasadas nas manifestações coletivas das doenças. A organização do espaço hospitalar, por exemplo, abre a possibilidade não somente para uma ampla observação e afetação dos corpos individuais e seus processos de sofrimento e adoecimento, mas possibilitou, também, que os mesmos passassem por diversos mecanismos de totalização:

*“(...) ao mesmo tempo, pelo mesmo sistema do espaço hospitalar disciplinado se pode observar grande quantidade de indivíduos. Os registros obtidos cotidianamente, quando confrontados entre os*

*hospitais e nas diversas regiões, permitem constatar os fenômenos patológicos comuns a toda população.*

*O indivíduo e a população são dados simultaneamente como objetos de saber e alvos de intervenção da medicina, graças à tecnologia hospitalar. A redistribuição dessas duas medicinas será um fenômeno próprio do século XIX. A medicina que se forma no século XVIII é tanto uma medicina do indivíduo quanto da população.”*  
(Foucault, 1979e: 111)

A clínica Moderna, portanto, nasce também a partir de uma certa organização do espaço que, ao mesmo tempo que individualiza processos e os eventos, torna passível, exatamente por esta individualização, sua totalização.

A partir das disciplinas, a clínica se sustenta sobre esta surpreendente dupla articulação: entre a possibilidade de individualizar os processos do adoecer e a totalização desta mesma individualização.

Para compreendermos melhor tal articulação *singular-múltiplo* pode-se partir do princípio de que, se a disciplina objetiva majorar forças através do investimento em “*aptidões individualmente caracterizadas*”, no entanto, tais aptidões de nada serviriam se não pudessem der “*coletivamente úteis*” (ibidem: 137). Ou seja, técnicas de *composição de forças* fazem, também e fundamentalmente, parte do funcionamento disciplinar.

*“Surge assim uma exigência nova a que a disciplina tem que atender: construir uma máquina cujo efeito será elevado ao máximo pela articulação combinada das peças elementares de que ela se compõe. A disciplina não é mais simplesmente uma arte de repartir os corpos, de extrair e acumular o tempo deles, mas de compor forças para obter um aparelho eficiente.”* (ibidem: 138)

A clínica hegemônica Moderna visa, neste sentido, produzir um processo saúde-doença em seus detalhes, individualizado. Visa, ao mesmo tempo, falar e fazer ver sobre os corpos individuais que seriam *locus* deste processo. No entanto, ao mesmo tempo em que desenvolve diversas práticas do detalhe, a clínica na Modernidade se utiliza amplamente da observação dos fenômenos coletivos para produção dos seus saberes.

Enquanto prática produtora de indivíduos organizados e *donos* de seus processos de adoecimento é também uma prática com efeitos coletivos fundamentais para a manutenção das sociedades disciplinares. A totalização dos processos da vida pelas práticas de prevenção, por outro lado, utiliza-se da organização dos corpos individuais bem como visa facilitar sua localização.

Outra característica dos saberes preventivos e dos saberes clínicos, sob o diagrama disciplinar, é sua tendência a operar a partir da norma. São saberes que dão o subsídio para “*um poder que tem a tarefa de se encarregar da vida*” (Foucault, 1988: 135) e que o faz a partir de “*mecanismos contínuos, reguladores e corretivos*” que a qualificam, avaliam e hierarquizam operando distribuições em torno de uma norma. Assim poderíamos resumir a função da norma: “*distribuir os vivos em um domínio de valor e utilidade*” (ibidem).

Para explorar melhor estas duas características fundamentais do Diagrama Disciplinar – o controle a partir da norma e a relação singular-múltiplo – passarei a fazer uma entrada um pouco mais atenta nos modos clínicos e preventivos hegemônicos durante quase toda a Modernidade.

### **As práticas clínicas sob o Diagrama Disciplinar**

*“A disciplina é o conjunto de técnicas pelas quais os sistemas de poder vão ter por alvo e resultados os indivíduos em sua singularidade. É o poder de individualização que tem o exame como instrumento fundamental. O exame é a vigilância permanente, classificatória, que permite distribuir os indivíduos, julga-los, medi-los, localiza-los e, por conseguinte, utiliza-los ao máximo. Através do exame, a individualidade torna-se elemento pertinente para o exercício do poder.” (Foucault, 1979a: 107)*

As ações clínicas se caracterizavam hegemonicamente durante a Modernidade por um investimento na individualização dos processos de sofrimento/ adoecimento. Aqui desvio um pouco das leituras de Foucault (sobre a *medicina dos pobres*) para afirmar que o

conjunto dos saberes clínicos (voltado aos pobres, mas também aos ricos) operava o fomento à individualização e à construção de saberes sobre os processos de adoecimento que *fazia vê-los* enquanto processos naturalizados – seja no âmbito biológico anatômico ou bioquímico, seja no âmbito psíquico ou social.

A lógica hegemônica dos saberes clínicos na modernidade era, ainda, o da normatização. A partir do estabelecimento do que era *normal*/ natural, era possível estabelecer aquilo que fugia deste rótulo devendo ser (re)enquadrado, corrigido ou excluído.

Portanto, as ações clínicas se definiam hegemonicamente por ações de cura ou restabelecimento de uma situação de saúde entendida como *normal*. Tais discursos seguiam a lógica normatizadora que atravessa todo o diagrama disciplinar. É através do estabelecimento de normas a partir das quais é possível identificar, julgar, corrigir, excluir e incluir que opera este diagrama. Para fazer operar uma estratégia que funciona a partir da norma, no entanto, é preciso individualizar, observar, criar identidades e procedimentos de julgamento e correção-inclusão-exclusão.

Penso ser interessante recolocar os saberes clínicos durante a Modernidade enquanto uma *técnica íntima de alcance social*. Saberes estes altamente individualizantes nos seus efeitos; saberes que, apesar de incidirem no sentido da individualização dos corpos, fazem parte de uma estratégia coletiva que necessita de altos graus de totalização para seu funcionamento adequado.

Mas, como compreender este paradoxo? E como efetuar uma análise que leve em conta o alcance social de determinadas clínicas individualizantes?

Os saberes e práticas clínicas sob o diagrama disciplinar, são estratégias que visam à individualização – do corpo, do sofrer – buscando individualizar e encapsular os processos múltiplos em um corpo-unidade-organizada, em uma mente-unidade-identitária que adocece, que sofre.

A organização (do corpo, da psique, do sofrimento) e a normatização, bem como a biologização e a psicologização, foram as principais formas de individualizar os sofrerres inventadas pelo poder disciplinar. A organização individuante do corpo faz com

que a vida, em sua multiplicidade e variedade imanentes, deixe de ser o foco da prática clínica para que este corpo, corpo-unidade, seja produzido enquanto objeto de saber da clínica.

Tal estratégia e táticas não são inocentes, nem tampouco assim o são por terem *perdido o foco* do social. Nunca o foco das ações em saúde esteve tanto “no social” como no momento em que as disciplinas iniciam o fomento a uma individualização extrema dos processos da vida.

Como aponta Foucault, na época de ascensão do modelo capitalista “instauraram o que se poderia chamar uma nova ‘economia’ do poder, isto é, procedimentos que permitem fazer circular os efeitos de poder de forma ao mesmo tempo contínua, ininterrupta, adaptada e ‘individualizada’ em todo corpo social” (1979c: 08). Esta nova economia de poder se dá através do desenvolvimento e operacionalização de diversos dispositivos instauradores de uma lógica individualizante – as diversas estratégias da saúde se configuraram como um destes dispositivos privilegiados. Ou seja, a mais eficiente maneira de produzir e reproduzir o capitalismo e suas formas de dominação e assujeitamento no Diagrama Disciplinar foi a produção e reprodução de uma subjetividade identitária e individualizada. Segundo Machado:

*“(...) uma das teses fundamentais da genealogia: o poder é produtor de individualidade. (...) atuando sobre uma massa confusa, desordenada e desordeira o esquadrinhamento disciplinar faz nascer uma multiplicidade ordenada no seio da qual o indivíduo emerge como alvo de poder.” (Machado, 1979: XXI)*

A produção do indivíduo como modo de existencialização dominante é, portanto, a forma mais eficiente de circulação da nova economia de poder nascente na Modernidade. É a partir de uma lógica de identitarização e individualização que o biopoder pôde circular de maneira que se multiplicasse ao infinito.

*“Efetivamente, aquilo que faz com que um corpo, gestos, discursos e desejos sejam identificados e constituídos enquanto indivíduos é um dos primeiros efeitos do poder. Ou seja, o indivíduo não é o outro do poder: é um de seus primeiros efeitos. O indivíduo é um efeito do poder e*

*simultaneamente, ou pelo próprio fato de ser um efeito, é seu centro de transmissão. O poder passa através do indivíduo que ele constitui.”*  
(Foucault, 1979d: 184)

Assim, Machado afirma que “o poder disciplinar não destrói o indivíduo; ao contrário, ele o fabrica. O indivíduo não é o outro do poder, realidade exterior, que é por ele anulado; é um de seus mais importantes feitos” (1979: XXI – XXI).

O indivíduo é, portanto, o melhor instrumento de produção de um coletivo incapacitado de gerar de forma comum sua vida (Pelbart, 2003: 29), mas que, ao mesmo tempo, tem sua força de produção maximizada. O que se produz com o fomento à individualização é a desafetação: a incapacidade de viver, agir e pensar a partir da capacidade de afetar e ser afetado pelas multiplicidades de processos correntes no plano coletivo de produção da vida. Ao mesmo tempo, a individualização organiza as forças e as subjuga: unidades tão mais produtivas quanto menos resistentes aos embaraços do poder dominante.

*Um certo modo clínico*, hegemônico durante toda a Modernidade, que opera por individualização dos processos da vida e por diversas reduções (genéticas, biológicas, psíquicas...) de suas múltiplas dimensões se configura, portanto, não como uma prática que desconsidera o social, mas sim como estratégia social individuante para produção de coletivos desafetados e incapazes de produzirem de forma comum a sua existência.

### **Os saberes preventivos sob o Diagrama Disciplinar**

Como aponta Ayres (2006) ao retomar os caminhos dos saberes da epidemiologia Moderna, até os anos 30 atuavam saberes preventivos que buscavam o conhecimento das relações entre os fenômenos de saúde e doença e os modos como os grupos e indivíduos humanos organizavam socialmente seus modos de viver.

São desta concepção que nasce o traço principal da Higiene social: o interesse no comportamento coletivo dos fenômenos de saúde baseado na teoria miasmática. Sob esta concepção não havia continuidade entre estados saudáveis e doentios e a proliferação de existências doentias se dava por propagação no meio (Ayres, 2006: 378).

As ações de prevenção neste momento, por sua vez, funcionavam predominantemente a partir da ordenação dos aspectos materiais da existência (higienização das *coisas da cidade*, ordenação e disciplinarização do espaço etc.), ordenando os eventos coletivos e fomentando, desta forma, que se fizesse *ver e falar conjuntos populacionais* passíveis de serem observados e gerenciados.

Tal processo é claramente detectável nas análises feitas sobre as ações higienistas e campanhistas (Mendes, 1993; Campos, 1991: 47; Merhy, 1992: 29), visando à organização do tecido urbano para a circulação adequada de mercadorias e bens nos primeiros momentos de organização da produção capitalista.

O período campanhista, bem como as ações da medicina urbana descrita por Foucault, retrata bem as estratégias preventivas durante a Modernidade: ações que se focavam fundamentalmente na organização da materialidade dos processos e o fazia de maneira autoritária e centralizada:

*“O advento do absolutismo autoritário como forma de governar implicou a adoção da ‘polícia sanitária’ como política de saúde, que obrigava pela coerção e pelo poder de polícia aos sadios a adotarem comportamentos adequados à saúde e aos indivíduos doentes a se isolarem.” (Westphal, 2006: 637)*

As populações iam sendo assim produzidas e organizadas. Funda-se, então, um discurso de que era necessário que delas cuidar e tratar enquanto *um corpo social* que, assim assistido, seria capaz de garantir a paz, a tranqüilidade e o franco desenvolvimento das liberdades individuais. Como aponta Rotelli (2001) inspirado por Castel, Donzelot e Von Ferber:

*“Extensão da normatividade institucional da periculosidade individual ao risco social, terapeutização e psicodisciplinas, chamada austera à auto-organização de uma ‘sociedade cívica’ terapêutica e pedagogizada (aquilo que resta se realiza pelo mito da participação), ‘autodisciplina’ e ‘mobilização voluntária’ que substituem a coerção explícita e colocam todos ‘ao serviço de’: tudo isso, e mais ainda, é prevenção.” (Rotelli, 2001: 80-81)*

Lancetti (s/d: 80) remonta um passado onde prevenção era, na maioria das vezes, sinônimo de exclusão, nos lembrando que uma das primeiras ações preventivas na saúde mental, por exemplo, foi a construção dos manicômios, prevenindo a sociedade dos loucos.

*“O manicômio nasceu como uma instituição preventiva; seu objetivo era preservar a cidade dos insensatos. O espírito piedoso desses filantropos se exacerbou a tal ponto que se passou a considerar a saúde mental uma obrigação do Estado.” (ibidem)*

Neste sentido, as práticas preventivas neste momento histórico – desde aquelas de higiene e organização urbana, até as práticas de controle de natalidade, de doenças infecciosas, de levantamento de riscos e distribuição de doenças e planejamento de ações – parecem se alinhar de forma mais clara com as estratégias do segundo pólo do poder disciplinar, a bio-política dado que os saberes preventivos centram-se, fundamentalmente:

*“(…) no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles reguladores: uma bio-política da população.” (Foucault, 1988: 131)*

São estratégias de produção da ‘população’. População enquanto um ‘ente’ sobre o qual se torna possível ver e falar e que, a partir de diversas manobras e tratamentos, passa a ser observada, estudada e gerida a partir da totalização dos fenômenos coletivos e múltiplos. É, portanto, fundamentalmente sobre a população que os saberes preventivos irão desenvolver seus discursos e práticas.

Ademais, tais saberes funcionam – assim como no caso dos saberes clínicos – segundo a consigna da *normatização*, buscando prever anormalidades, desvios, normatizar espaços, higienizar coletividades: tendo como ‘corpo’ a ser cuidado o ‘corpo populacional’.

*“É este corpo que será preciso proteger, de um modo quase médico: em lugar dos rituais através dos quais se restaurava a integridade do corpo do monarca, serão aplicadas receitas, terapêuticas como a*

*eliminação de doentes, os controle dos contagiosos, a exclusão dos delinqüentes. A eliminação pelo suplício é, assim, substituída por métodos de assepsia: a criminologia, a eugenia, a exclusão dos ‘degenerados’...” (Foucault, 1979b: 145)*

O objetivo das ações de prevenção passa a ser, então, “atingir o mais amplamente possível as diversas interações desfavoráveis à vida” (Ayres, 2002) com o ideal de um progressivo e contingente controle das "disfunções", visando à disposição mais produtiva da economia orgânico-social. Controle, norma e saúde – enquanto correções de disfunções para produtividade do coletivo – aparecem como meta da prevenção. Uma prevenção focada nas disfunções a evitar e tendo como campo de ação fundamental aspectos bastante concretos da existência dos coletivos.

### **Anúncios da transição**

Saberes clínicos produzindo e organizando individualidades *dóceis* e produtivas; prevenção e suas ações sobre *coletividades desordenadas* produzindo populações coesas, mapeadas, controladas e geridas. Assim, ao falar de totalizações e individuações – enquanto operações características do diagrama disciplinar –, encontra-se a produção do *indivíduo*, de um lado, e da *população* de outro, respondendo a este mesmo processo de organização e gestão das multiplicidades e singularidades. Os dois saberes operando, fundamentalmente, pela lógica identitária e excludente da *norma* e se sustentado na oposição entre um sujeito livre e uma população que, quando devidamente organizada, era capaz de garantir o desenvolvimento das individualidades. Mas, ao longo da Modernidade, vemos mudanças importantes acontecerem no campo da prevenção e da clínica:

- tanto clínica quanto prevenção desenvolvem um discurso cada vez mais significativo sobre a saúde e sua relação mútua com a doença – fugindo da lógica excludente da norma;

*“O princípio de continuidade entre os estados de saúde e doença já se coloca aqui claramente, impondo o desafio ilimitado, e ilimitável, de otimização funcional, isto é, o ideal de um progressivo e contingente controle das ‘disfunções’, visando a disposição mais produtiva da economia orgânico-social.” (Ayres, 2006: 380-381)*

- a clínica passa, então, a adjetivar-se cada vez mais como preventiva, buscando produzir estados ‘saudáveis’ mais do que corrigir estados ‘doentios’;
- tanto a clínica quanto a prevenção passam a falar e a fazer ver a integralidade do entendimento do processo saúde-doença, adicionando ao seu discurso uma *visão holística* ou da *complexidade*;
- o campo da prevenção cada vez mais investe em tecnologias e efeitos *imateriais*: intervenções sobre o comportamento, cada vez mais individualizadas e buscando operar sobre os aspectos invisíveis da existência.

É na busca de compreender estas mudanças paulatinas que se expressam nos campos da clínica e da prevenção que iremos adentrar no estudo da transição de diagramas de força que se esboça no fim da Modernidade.

No entanto, mais do que compreender as mudanças em cada campo, será a fala contundente da necessidade de *integração* entre clínica e prevenção que servirá de guia para mergulharmos nos sintomas de transição de diagramas.

Como já apontado por Foucault (1979b) e aprofundado por outros autores (Deleuze, 1992; Hardt e Negri, 2005a), em resposta às mudanças nas relações de força e às contra investidas revolucionárias emergentes fundamentalmente nos anos 60 em todo mundo, o exercício do poder tende a mudar suas estratégias. Sintetizando discursos e práticas revolucionários, produzindo novos modos de controle e sujeição – diga-se de passagem, cada vez mais efetivos e econômicos, mas igualmente arriscados e potencialmente *dobráveis* – o exercício do poder a partir das décadas de 70 e 80 toma formas novas e perspicazes que requerem análise cuidadosa e pouco ingênua.

**O ESFORÇO DE *INTEGRAÇÃO* COMO  
SINTOMA DA TRANSIÇÃO E A DILUIÇÃO  
DAS FRONTEIRAS COMO EXPRESSÃO DE  
UM NOVO DIAGRAMA**

## **Os primeiros movimentos da transição: a hibridização entre clínica e prevenção – saúde e doença**

Nas análises que me propus fazer acerca da relação entre clínica e prevenção durante a Modernidade, as estratégias coordenadas do Diagrama Disciplinar – a anátomo e a biopolítica – e a *normatização* enquanto modo de controle deram conta de traçar um panorama dos modos clínicos e preventivos naquele momento – bem como um panorama da relação entre estes. Porém, ao continuar acompanhando o desenvolvimento dos saberes destes dois campos e sua relação, encontro movimentos de transformação que me forçam a buscar novos modos de entendimento.

Por exemplo, ao pontuar os saberes preventivos, durante a Modernidade, como saberes focados fundamentalmente nas dimensões materiais da existência e na produção e manejo de populações, fui questionada e me questioneei acerca dos movimentos já presentes nos anos 30 e 40 onde a prevenção passa a visar os indivíduos em dimensões bastante imateriais: educação e comportamento, para citar apenas duas. Ao mesmo tempo, a clínica tende a desenvolver um discurso sobre o saudável e, cada vez mais, atuar num viés preventivo – a clínica organizada sob as informações baseadas nos dados de riscos populacionais, por exemplo.

Assim, se, sob o Diagrama Disciplinar, indivíduo e coletivo, cura e prevenção, natural e social, biológico e econômico estavam devidamente separados por diversas imagens dicotômicas, nos anos 60 e 70 vemos se expressar mais claramente<sup>12</sup> diversos movimentos de fomento às misturas.

Neste sentido, é a emergência de um discurso onde a integração entre clínica e prevenção é posta em pauta que serve de guia para adentrarmos na compreensão das mudanças que, desde já, aponto como mudanças que expressam o começo da derrocada da hegemonia de um poder tipicamente disciplinar.

---

<sup>12</sup> Aqui aponto que a expressão dos sintomas de transição se dá ‘mais claramente’ nos anos 60 e 70 já que entendo que a alteração no modo do poder soberano operar já vinha sendo operada antes disto. Tal alteração tendo, no entanto, uma formalização mais clara a partir destas décadas.

A própria SCB se consolida – durante os anos 80 e 90 – sobre o mote da integração de saberes e práticas clínicas e preventivas. Como já apontado no capítulo introdutório do trabalho, é a partir da constatação de uma dicotomia que a SCB tende a investir no esforço de integração deste par.

O que quero analisar neste início de capítulo é como, mesmo antes deste movimento se formalizar no Brasil, existiam outros que – sob outro enfoque e atualizando outros efeitos – produzem seus saberes já a partir da lógica da integração.

Neste sentido, nos anos 30 e 40 o movimento preventivista (Leavell e Clark, 1976; Arouca, 2003 e Carvalho, 2005) inaugura uma tendência – que se tornaria hegemônica nas décadas seguintes – de produzir um *pensamento sistemático* que hibridiza os discursos da clínica e da prevenção, a saúde com a doença.

Ponto que a novidade deste movimento – e dos que virão em seguida – é a de construir um *pensamento sistemático de hibridização* dado que – como já foi apontado no momento anterior – não entendo que clínica e prevenção, indivíduo e coletivo, saúde e doença estivessem realmente separadas anteriormente. O que é novo, portanto, é a sistematização ou, ainda, o fato de fazer aparecer claramente nos discursos e saberes a lógica da mistura.

O discurso preventivista busca, neste sentido, criar um arcabouço teórico que abranja desde a produção da vida ‘saudável’ até a reabilitação de uma vida já sem possibilidades de ‘cura’:

*“Pratica a medicina preventiva todo aquele que utiliza o conhecimento moderno, na medida de sua capacidade, para desenvolver a saúde, evitar a doença e a invalidez, e prolongar a vida.” (Leavell e Clark, 1976: 17)*

O campo da clínica tende a adjetivar-se, assim, a partir da prevenção, sendo operado cada vez mais sob a idéia da *possibilidade* de adoecer e da noção de que é preciso investir numa vida cada vez mais ‘saudável’. Também a velha lógica da identificação e correção de um estado dito ‘doentio’ – oposto a um estado de saúde – perde força na *clínica*

da transição. Sobre esta hibridização entre prevenção e clínica, Arouca afirma, citando Hilleboe e Larimore:

*“Dentro desse contexto, Medicina Preventiva é uma expressão simbólica, associada a dois conceitos, prevenção da ocorrência e prevenção da evolução, colocada para os clínicos como uma nova maneira de prática profissional. Essa perspectiva exige que a formação do clínico deva ser tanto no campo da medicina preventiva como no da curativa, e que esse encontro abra o ‘limiar de uma nova era da medicina: a era da Medicina Preventiva’.” (Arouca, 2003: 34)*

Através do seu modo de pensar os processos de adoecimento – a História Natural das Doenças e o conceito ecológico – o preventivismo começa a traçar o que seria uma tendência geral de *fazer ver* e *falar* sobre um processo saúde-doença que inclui o homem no meio e articula um conhecimento do detalhe e um conhecimento de totalizações:

*“O conceito ecológico reúne o espaço tridimensional das concepções das doenças com o espaço social da distribuição delas. O individual e o coletivo, a clínica e a epidemiologia fazem o seu encontro na História Natural. (...) Se a clínica esgotava-se na relação médico paciente e a epidemiologia abria espaço de uma visão política e descobria o objeto do homem saudável, é nessa composição que a Medicina Preventiva estrutura seu conceito de saúde/doença.” (Arouca, 2003: 163)*

Também o movimento moderno de *promoção à saúde*, com seu surgimento formal na década de 70 com o relatório *Lalonde* (Carvalho, 2005: 41), aponta para esta tendência à hibridização nascente no final da Modernidade. Neste segundo movimento pode-se perceber a tendência à mistura nos conceitos de saúde e doença, mas também fica aparente a tendência de *desmaterialização* do foco e das práticas da *Promoção*, fundamentalmente nas suas primeiras formulações:

*“Do ponto de vista de suas estratégias, esta corrente preconiza serem necessárias intervenções sobre o ‘estilo de vida’ – aqui significado como um agregado de decisões individuais que afetam a saúde e sobre o qual as pessoas têm maior ou menor controle (...).” (Carvalho, 2005: 48)*

O que o movimento da SCB aponta, no entanto, é que apesar de, teoricamente, *detalhe e totalidades* ganharem um discurso mais *misturado* a partir do movimento preventivista e da *Promoção à Saúde*, há uma tendência hegemônica no campo da prevenção e da clínica de incremento da *individualização* das práticas e seus efeitos. Assim, por exemplo, em sua crítica a certas correntes da *Promoção*, defende-se que a concepção do processo saúde-doença:

*“(...) não considerava os efeitos positivos e negativos das condições de vida e trabalho e da inserção social dos indivíduos nos níveis das populações. Com base em estudos que apontavam para determinação social do processo saúde e doença, se voltaram para uma perspectiva humanístico-emancipatória de ação, que pôs em pauta a democratização do processo de decisão em saúde.”*  
(Westphal, 2006: 642)

Critica-se que, apesar de afirmar a multicausalidade da doença e apontar para a possibilidade de seu *evitamento* através do modelo da História Natural da Doença, o preventivismo não daria conta de questionar radicalmente o papel das questões econômicas e sociais neste processo. Isto, fundamentalmente, pelo fato de que as ações continuam centradas na ação do médico e continuam restritas às possibilidades de intervenção dadas por uma clínica e ações de prevenção cada vez mais individualizantes sendo, portanto, focadas na capacitação do paciente-individual para o enfrentamento dos problemas.

Do mesmo modo, diversas críticas foram construídas acerca do uso do conceito de *estilo de vida* e da responsabilização individual e descontextualizada de cada um pela sua própria saúde no movimento da *Promoção*. Segundo Westphal:

*“(...) os avanços científicos no campo biomédico, necessários para dar conta da morbimortalidade relacionada às doenças infecciosas, continuaram orientando as estratégias preventivas. Toma corpo a idéia da natureza biológica da doença, deslocando o pensamento causal em saúde do ambiente físico e social para agentes patogênicos concretos: a doença tem só uma causa, com um germe originando cada etiologia; saúde é ausência de doença, isto é, a ausência de um agravo causado por um germe. É o início da ‘era bacteriológica’, que atravessa o século XX, mudando sempre a conotação principal em função dos avanços científicos.”* (2006: 638)

Entendo deste modo que, se durante quase toda a Modernidade as ações de prevenção eram caracterizadas por intervenções autoritárias sobre o meio e sua ocupação, agora o que se produz é a individualização da responsabilidade em relação a estas mesmas intervenções.

Levar em conta a relação homem-meio não garante, portanto e definitivamente, o caráter emancipatório das práticas. Não o garantiu no nível das práticas higienistas e campanhistas e continuou não garantindo no nível das práticas de prevenção e promoção pós modernistas.

A partir da produção de uma individualização intensa nas práticas preventivas, esvazia-se, mais uma vez e apesar do uso de novas estratégias, a capacidade comum dos coletivos de organizarem sua relação com as forças materiais da cidade e do ambiente.

Mas, mais do que as críticas da SCB a estes dois movimentos, o que desejo salientar aqui é o fato de que tanto o movimento da *Promoção à Saúde* em seus primeiros momentos, quanto o da Medicina Preventiva operam por hibridização das noções de saúde e doença, prevenção e cura. Ou seja, a partir destes dois movimentos começamos a ver, claramente, a produção de saberes que hibridizam noções da clínica e da prevenção num mesmo discurso.

Configura-se, portanto, um movimento comum – iniciado com o movimento preventivista, mas que segue se desenvolvendo durante toda a segunda metade do século XX – de produção de um discurso que tende a falar e fazer ver o objeto do campo da saúde a partir do desmanchamento de oposições antes claras (natural *versus* econômico, psíquico *versus* cultural, individual *versus* coletivo etc.).

No Brasil, este movimento se expressa mais claramente na gênese da SC. Esta se constrói sob a bandeira da integração das práticas clínicas e de prevenção, sendo que estas são interpretadas como *historicamente* separadas<sup>13</sup>.

---

<sup>13</sup> É interessante notar como mesmo se produzindo a partir de críticas a modelos como, por exemplo, o preventivista, a SCB participa da tendência geral à hibridização e integração.

O que interessa notar neste novo momento – que escolho pontuar como um momento de transição – é que as diversas imagens de oposição sustentadas durante a Modernidade passam a ser *problematizadas*, sendo substituídas por um discurso de fomento às misturas, aos hibridismos. Estes ao invés de serem travestido com diversas figuras e manejos de oposição (como antes o eram indivíduo e coletivo, saúde e doença), são apontados como necessários e desejados.

Para compreender a transformação no modo de produção da relação entre clínica e prevenção (mas também nos modos de cada saber operar) passarei à análise das características de uma transição de diagramas de poder que começa a se expressar claramente a partir da década de 70 e segue, até os dias de hoje, em andamento.

### **Para começar a compreender a transição e recolocar a questão da dialética**

*“Se o presente é perturbador e exige uma atenção redobrada, se os instrumentos até agora utilizados para mapeá-lo parecem, em larga medida, insuficientes, se as forças que nos rodeiam e nos impelem a direções vertiginosas ainda não estão claras para nós, temos aí razões de sobra para alçar-nos com mais garra à altura desse desafio. Como diz Deleuze, estar à altura do que nos acontece – eis a ética essencial.”*  
(Pelbart, 2000:10)

Para falar da transição nas estratégias de poder iniciada nas décadas de 70 e 80, usarei maciçamente dos estudos de Negri e Hardt (2005a). Como vim fazendo até agora, o que interessará no viés desta análise serão as estratégias de poder – expressão de um determinado diagrama de forças – e seus efeitos concretos sobre a produção da vida. Faz-se necessário, portanto, acompanhar a transição das estratégias de poder disciplinar (ou da *soberania moderna*) para um novo diagrama denominado por Hardt e Negri de *paradigma da soberania imperial* (ibidem: 155). Aqui optarei por denominar este novo diagrama de Sociedade de Controle como o faz Deleuze (1992)<sup>14</sup>.

---

<sup>14</sup> Trabalharei predominantemente com esta segunda denominação, sem me ater nas diferenças que possa haver entre ambas.

Tal transição tende a ser compreendida, fundamentalmente, a partir de modificações do homem com forças não humanas (principalmente tecnológicas e econômicas<sup>15</sup>), mas também a partir de um movimento, por parte do poder soberano, de recaptura de lógicas e pragmáticas de resistência.

Com isso quero apontar como todo o sistema de poder capitalista contemporâneo tende a incluir, em seus modos de operar o controle e a submissão, lógicas do hibridismo, de fomento às singularidades e à diferença, à globalização, à criatividade e à flexibilidade. Lógicas estas que, nas décadas de 60 e 70, foram *bandeira de luta* de movimentos de resistência aos modos de captura deste mesmo sistema.

Poderíamos afirmar que o capitalismo é resistente e se alimenta das armas que o atacam. Se antes as diferenças e os hibridismos se mostravam como máquinas potentes de enfrentamento ao esquadramento disciplinar<sup>16</sup>, hoje não podemos mais contar, ao menos não de maneira tão inocente, com estas armas.

No entanto, se a soberania moderna operava, fundamentalmente, através de uma lógica maniqueísta que opõe binariamente pares identitários, os pensamentos que visaram enfrentar as formas de poder soberanas na Modernidade tenderam a usar da defesa dos hibridismos, das diferenças e das especificidades enquanto armas de resistência. Neste sentido, os projetos intitulados *pós-modernos* são reunidos:

*“(...) num desafio à dialética como a lógica central da dominação, da exclusão e do comando modernos – tanto por relegar a multiplicidade de diferenças a oposições binárias como pela subsequente submissão dessas diferenças numa ordem unitária. Se o poder moderno é, em si, dialético, então pela lógica o projeto pós-modernista tem de ser não-dialético.” (ibidem: 158)*

---

<sup>15</sup> Meios de comunicação e de movimentação no espaço que alteraram nossa relação com o espaço e com o tempo, mudanças tecnológicas que imprimiram uma nova lógica à produção e circulação de produtos e mudanças na economia que mudaram radicalmente a relação produção-capital.

<sup>16</sup> Um exemplo disto são os movimentos como o Maio de 68 que atacou o capitalismo a partir das suas bordas, com a miscigenação de contra-insurgências variadas em prol de uma causa comum, sendo ela o ataque aos fechamentos disciplinares.

O que autores como Negri e Hardt (ibidem), mas também Pelbart (2003) e Rolnik (2003) denunciam, no entanto, é toda uma operação da soberania contemporânea que não só coincide com o estímulo às diferenças e aos hibridismos, como necessita e se alimenta deles para seguir se constituindo e se consolidando. A lógica do Império é a liberação dos hibridismos, das redes, da circulação, da mobilidade, da diversidade e da flexibilidade. Hardt e Negri vão à raiz da crítica a estas posturas alertando que:

*“A afirmação dos hibridismos e da livre atuação de diferenças por cima das fronteiras, entretanto, é libertadora apenas num contexto onde o poder propõe a hierarquia exclusivamente por meio de identidades essenciais, divisões binárias e oposições estáveis.”*  
(Hardt e Negri, 2005a:: 160)

Seria interessante resgatar, então, o primeiro movimento que me arrastou neste trabalho: o de combater certa visão dialética da relação entre clínica e prevenção e construir um olhar de *fronteira* para dar uma outra visibilidade a esta questão.

Neste momento do trabalho faz-se necessário não descartar a necessidade de se pensar a relação clínica-prevenção a partir de outras lógicas que afirmem algo para além do trabalho do negativo, mas, ao estudar as estratégias de poder no contemporâneo, reconhecer todo um exercício de submissão e captura que não opera por binarizações e dicotomias.

Como aponta Deleuze comentado por Pelbart (2000): *é preciso estar à altura de nosso tempo* e, assim, cavar as saídas necessárias ao intolerável **atual**. Neste sentido, Hardt e Negri se questionam:

*“E se a forma moderna de poder que esses críticos (inclusive nós mesmos) penosamente descrevem e contestam já não tiver influência em nossa sociedade? (...) Nesse caso, formas modernas de soberania não mais estariam em questão, e estratégias pós-modernistas e pós-colonianistas, que parecem libertadoras, em vez de desafiar as novas estratégias de domínio coincidiriam com elas, até reforçando-as involuntariamente!”* (Hardt e Negri, 2005a: 156)

É sob esta leitura que compreendo o movimento da SCB quando a mesma questiona uma relação possivelmente dicotômica entre clínica e prevenção na organização do campo da saúde e investe na integração deste par:

- Como uma expressão da transição para um diagrama de forças que possibilita e até mesmo investe no hibridismo (na integração);
- E, ao mesmo tempo, como uma certa continuidade da lógica dialética, enquanto tentativa de resistir a um novo modo do poder que opera exatamente por anulação de oposições ou identidades muito estáveis.

Neste sentido, a afirmação da necessidade de integração entre clínica e prevenção colocada pela SCB expressa a possibilidade de um novo diagrama de forças, possibilidade de fazer visíveis e até mesmo questionar as imagens dicotômicas antes necessárias ao poder disciplinar.

Mas esta mesma afirmação expressa, ainda, certa continuidade de uma lógica *binária* disciplinar dado que, ao questionar a dicotomia e propor uma integração, continua operando por lógicas dialetizantes que opõe indivíduo e coletivo, natural e econômico, material e imaterial.

Assim, ao propor a integração de clínica e prevenção, a SCB expressa uma sobre posição da continuidade das lógicas disciplinares e das novas possibilidades dadas pelas estratégias da Sociedade de Controle.

É seguindo esta pista do *esforço de integração* que chego ao estudo mais detalhado das novas estratégias de poder. Elas definem-se, fundamentalmente, por uma mudança no modo de gerir a vida que passa da hegemonia do controle a partir de instituições *fechadas* e do manejo *corpo-a-corpo* – operado através das disciplinas – para um controle *invisível*, contínuo, a *céu aberto* e que visa, mais que o corpo (populacional ou individual), os aspectos *imateriais* da produção da vida: a criatividade, os afetos, corações, desejos e mentes.

## O reconhecimento da sobreposição – o enfoque nas novas estratégias

Parece que a transição das estratégias disciplinares para as novas estratégias de poder em vigor no contemporâneo é fato ainda em desenvolvimento. Ademais, os diagramas tendem a se sobrepor, a congregar estratégias. Diversas correntes de pensamento tem podido, no entanto, traçar as novas características do poder soberano em vigor na atualidade, sem deixar de perceber como não apenas elas estendem como também tendem a se misturar às estratégias disciplinares.

A função deste momento é, entretanto, a de explicitar quais são as novas estratégias em curso e suas diferenças em relação às estratégias disciplinares com intuito de, no mínimo, nos tornar mais atentos e menos ingênuos na produção de estratégias de enfrentamento às capturas e na produção de modos de vida potencialmente ativos, éticos e solidários.

Deleuze (1992: 219-220) localiza o fim da segunda guerra mundial como momento chave de início da derrocada das disciplinas enquanto estratégias dominantes de organização do poder. Ao novo diagrama que se constitui chama *Sociedade de Controle*. Em um dos poucos textos que aborda diretamente a constituição desta nova forma de exercício do poder, Deleuze aponta que tal transformação está intimamente ligada com mutações dos modos capitalísticos de produção da vida:

*“(...) o capitalismo do século XIX é de concentração, para a produção, e de propriedade. (...) Mas atualmente o capitalismo não é mais dirigido para a produção, relegada com frequência à periferia do Terceiro Mundo, (...). É um capitalismo de sobreprodução. Não compra mais matéria-prima e já não vende produtos acabados: compra produtos acabados, ou monta peças destacadas. Já não é um capitalismo dirigido para a produção, mas para o produto, isto é, para venda ou para o mercado. Por isso ele é essencialmente dispersivo, (...)” (Ibidem: 223-224)*

Hardt, ainda na linha de pensar as estruturas da produção econômica, afirma que o que temos hoje é um capitalismo centrado na *prestação de serviços* e no *processamento da informação*, caracterizando o que o autor chama de uma *economia informacional* (2003: 145-147).

A abordagem que farei da Sociedade de Controle não deixará de reconhecer que há toda uma mudança nos meios econômicos de produção posta em jogo e que torna possível esta nova relação do poder com seu plano de exercício. No entanto, como apontam Hardt e Negri (2005a), é preciso compreender a forma de soberania contemporânea a partir de um olhar radicalmente pós-estruturalista. Isto porque seria preciso, mais do que nunca, compreender como “*a produtividade de corpos e o valor do afeto (...) são absolutamente essências*” (2005a: 49) para a configuração das estratégias de poder – sem negar, no entanto, a parcela de importância que continua a ter as estruturas econômicas e de saber<sup>17</sup>.

Muitos apontamentos vêm sendo feitos acerca dos modos de operar do poder no contemporâneo. Para trabalhar um pensamento sobre o campo da saúde e, em especial, sobre a relação entre saberes clínicos e preventivos, escolherei trabalhar com apenas algumas características deste novo contexto: (1) a radicalização da invisibilidade do controle, (2) a flexibilização de sua lógica e (3) a desmaterialização das suas formas de incidência, do seu foco de produção e de seus efeitos.

Paulatinamente, também se faz necessário compreender que todo este novo diagrama que se anuncia está fundado numa nova lógica. A *norma* passa a operar com menos força, não sendo mais tão necessário à construção de identidades e, a partir delas, todas as distinções normativas que se faziam possíveis.

Mais do que definir o que é um estado doentio, diferenciando-o de um estado saudável, passa-se a buscar graus de saúde e, fundamentalmente, é possível incluir quase todos os fenômenos, a partir de manobras de modulação, a estados que requerem algum tipo de intervenção para busca de uma condição mais saudável.

### **A invisibilidade e a flexibilização das estratégias de controle no contemporâneo**

Deleuze (1992) afirma que uma das grandes diferenças do novo modo de operar do poder está na relação interior e exterior e, através da mudança nesta relação, a produção da radical *invisibilidade* do controle. Se o modo disciplinar de operar o controle já contava

---

<sup>17</sup> Parece claro que também nas análises do Diagrama Disciplinar buscou-se dar foco à produção dos afetos, das mentes, dos modos de existir (fundamentalmente a produção do modo de subjetivação *índividuo*), cabe aqui, no entanto, ressaltar tal viés.

com certa manobra de invisibilidade (como fica claro nas análises da estrutura panóptica), é na Sociedade de Controle que as estratégias de organização, captura e gestão da vida pelo poder soberano se tornam não-visíveis, em sua radicalidade.

Enquanto o poder disciplinar se organizava e operava a partir de rostos bastante delimitados e rígidos e suas oposições (homem-mulher, branco-negro, trabalho-lazer, etc.), as estratégias de poder na Sociedade Controle precisam e, portanto, fomentam a diluição destas fronteiras rígidas de modo que tudo possa ser incluído, registrado e utilizado à sua máxima potência. Para que excluir se a sociedade atual descobriu que ao incluir se desarma resistências e se aumenta a possibilidade de capturas?

A continuidade do controle é alcançada, ainda, a partir da não-concretização dos modelos oferecidos. O que domina nos modos atuais de existência é a lógica da *descartabilidade* – um *eterno presente* (Pelbart, 1997). A produção de subjetividade mass-midiática é a dominante nesta forma-turbilhão de produção subjetiva: reino do *espetáculo* e da valorização de *imagens efêmeras*.

Neste sentido é que já não importa tanto excluir e incluir, criar identidades e hierarquizá-las, mapear localizações precisas e movimentações suspeitas. Para o novo capitalismo passou a ser mais interessante deixar solto e, então, apenas *modular nomadizações*. O capitalismo entende, de forma cada vez mais elaborada, que cada movimento de produção imanente de vida pode lhe interessar, pode ser fonte de mais lucro, de mais consumo.

É mais útil, mais econômico e mais eficiente ao poder contemporâneo controlar por fluxo contínuo. Estar em todos os lugares e a todo tempo. Para isso câmeras, meios de comunicação e bombardeamento de informações em tempo integral, flexibilização dos tempos e dos espaços para, assim, entrar onde antes não entraria.

Ao comentar certa deficiência das práticas disciplinares, que tende a ser incrementadas ao longo deste momento de transição, Hardt e Negri comentam que, por operarem em um espaço fechado, em um tempo organizado, fundamentalmente sobre os corpos e seus movimentos, as disciplinas não alcançaram o que, em um segundo momento, será foco da produção capitalística: o desejo e as mentes.

*“Na sociedade disciplinar os efeitos das tecnologias biopolíticas ainda eram parciais, no sentido de que o ato de disciplinar se desenvolvia de acordo com lógicas relativamente fechadas, geométricas e quantitativas. A disciplinaridade fixou os indivíduos dentro das instituições mas não teve êxito em consumi-los completamente no ritmo das práticas produtivas e da socialização produtiva; não chegou a permear inteiramente a consciência e o corpo dos indivíduos, ao ponto de trata-los e organizá-los na totalidade de suas atividades.”*  
(Hardt e Negri, 2005a: 43)

Vemos, neste sentido, todo um processo de incorporação dos saberes preventivos e clínicos aos fazeres e à gerência cotidiana da vida. No caso das práticas preventivas, especificamente, nota-se que as mesmas passam a não atuar mais hegemonicamente a partir de exclusões, intervenções autoritárias e bruscas.

É preciso, portanto, mais do que gerir as *coisas da cidade* e os *corpos* (indivíduo e população) consumir as mentes, os afetos, o desejo. E em termos de conquista de mentes e desejos não interessa tanto instituições fechadas e regimes autoritários. As práticas da saúde desenvolvem, cada vez mais, práticas de inclusão, de participação, estratégias de funcionamento em rede. Muitas vezes os saberes antes pertencentes ao campo da saúde são vistos *por ai*, pulverizados pelas mais variadas redes sociais e comunicacionais.

Este traço de extensão das práticas de saúde a *todos os cantos* já está presente de alguma maneira desde o movimento preventivista. Arouca aponta que com o preventivismo o encontro médico-paciente, que antes era restrito aos momentos localizados como de irrupção de um estado doentio, são estendidos em sua possibilidade a todos os momentos da vida dado que viver é estar *em equilíbrio diante da probabilidade da doença*:

*“Portanto, temos a unidade das determinações (período pré-patogênico) e a unidade do processo mórbido (período patogênico). Essa totalidade define e situa o sujeito da atenção médica diante de suas responsabilidades. Não se trata mais do encontro do médico com o paciente em sua dimensão pontual de caso clínico. O discurso preventivista proclama o encontro do médico como homem, no pleno espaço e tempo de sua vida.*

*Viver é estar submetido a agentes em um meio ambiente, é estar na contigüidade do patogênico, é estar em equilíbrio diante da probabilidade da doença.*

*A relação médico-paciente deixa de ser ocasional e transforma-se em uma necessidade contínua do viver, da manutenção do equilíbrio. A organização do conhecimento amplia, em um campo aberto, a responsabilidade médica, uma vez que, em todas as situações, os homens encontram-se em um ponto da História Natural das Doenças, ao qual correspondem determinadas medidas preventivas.” (2003: 43)*

Como estudado em capítulos anteriores, a relação entre clínica e prevenção durante quase toda a Modernidade esteve pautada fortemente em certa relação dentro fora: o que era considerado saúde versus o que era considerado como *doença*, a produção do indivíduo e da população como duas entidades (corpos) localizáveis a serem estudadas, geridas e dicotomizadas.

As diversas instituições (família, escola, hospital, fábrica...) tinham como função operar a produção e a continuidade desta lógica dado que a mesma necessitava de formatações do tempo e do espaço, fragmentações e estabelecimento de ritmos para *moldagem das formas*.

Mas não é apenas a criação de interiores “concretos” que caracteriza as disciplinas. As mesmas operam, fundamentalmente, a partir da criação de muitos “interiores” abstratos – identidades, indivíduos, classes etc. – que se opõem aos seus “exteriores” diversos e é exatamente a partir desta relação interior-exterior que o poder disciplinar opera.

Esta breve regressão às lógicas disciplinares se faz necessária para *fazer ver* que a sociedade de controle, por outro lado, reproduz os efeitos de seu poder soberano através de *modulações* que funcionam por estratégias *ao ar livre*, de velocidades surpreendentes. Não apenas o poder atual é flexível em suas estratégias como ele apenas sobrevive a partir do fomento a posturas flexíveis e mutações constantes.

Aqui toda uma nova relação exterior-interior se coloca. Começando pelas formações-deformações-transformações das identidades, passando pelo movimento constante de desterritorialização que se põe a operar e findando na criação incessante de novos territórios de pertinência que se oferecem, *capitalisticamente*, a habitar. A mutação rápida e contínua de modos de vida, no contemporâneo, é chave para a manutenção e reprodução do novo diagrama de poder.

Como parte desta nova lógica pode-se apontar a extensão do campo da saúde a uma dimensão amplíssima de locais, problemas e atividades. O que é saúde? E, a partir desta possível definição, como podemos delimitar a atuação dos profissionais que a ela se dedicam? Se a *saúde integral* abrange ambiente, mente, corpo, afetos, criatividade, cidadania – todos supostamente devendo estar num grau adequado de *salubridade* – o que não diria respeito a este campo? E, mais do que isso, se saúde é tudo, então: nada escapa escaparia à intervenção!

Mais do que nunca, a obsessão pelo saudável bombardeia quem dela tentar fugir: em todas as mídias, nas consultas, nas atividades de lazer, nas conversas entre amigos, nas prateleiras dos supermercados: *0% de gordura trans*.

Há uma rede extremamente eficaz que alcança desde classes financeiramente extremamente favorecidas até às classes que só aos outdoors tem acesso. Esta rede visa vender imagens do que é saudável. Na verdade, mais do que vender *imagens*, esta rede tende a vender, sobretudo, a idéia da *salubridade*, as imagens que a acompanham não são, de fato, o essencial. Ao contrário, estas imagens tendem a sofrer mutações constantes e velozes.

É no intuito de compreender esta possibilidade de que, num movimento extremamente rápido, pode-se transformar a vida de *cabo-a-rabo* em foco de intervenção que é importante perceber que, se antes as disciplinas operavam pela constituição de formas e, a partir das mesmas, exclusões e inclusões, localizações e exclusões, as novas formas de exercício de poder operam por *modulações das mutações*.

O que é saudável, o que é desejado, o que poder ser incluído no rótulo de algo que precisa de intervenção (clínica ou apenas de *promoção de mudanças de hábitos*) muda rapidamente. Qualquer coisa pode ser incluída por um movimento veloz de modulação.

É neste sentido que o poder não teme a desestabilização de identidades e pertinências: ele funciona por modulação. Assim, ao mesmo tempo em que excita a transformação e a mutabilidade, põem para funcionar diversos dispositivos – na sua maioria abstratos, afetivos, comunicacionais – que acompanham, capturam parcialmente e redefinem as finalidades destas mesmas criações.

É por conta deste tipo de funcionamento que Hardt e Negri apontam que este tipo de poder precisa de redes, funciona em rede. Um poder que opera por modulação não pode ter centros fixos e bem definidos, para acompanhar transformações e utiliza-las de maneira eficaz o poder tem de fazer funcionar redes, tem de fazer com que a realidade *seja vista* e funcione como uma grande rede produtiva:

*“Finalmente, a prova mais abstrata e mais geral é que a forma disseminada em rede que é típica da produção imaterial vem surgindo em todas as manifestações da vida social como a maneira de entender tudo, das funções neurológicas às organizações terroristas.”*  
(Hardt e Negri, 2005b: 158)

Para fazer operar um poder fluído, imaterial e de velocidade estonteante, as instituições disciplinares não se mostram úteis. É por isso que se diz que o poder imperial funciona, necessariamente, em rede. Este poder, ao mesmo tempo em que libera todo um campo de contato, contaminação e criação imanente, utiliza suas próprias redes para expropriar as multidões dos efeitos criados a partir deste campo.

É um funcionamento em rede e flexível que permite o exercício do poder radicalizar-se em sua invisibilidade. Não é que a lógica das disciplinas de majorar forças e diminuir a capacidade de resistência tenha acabado, esta é a lógica que anima, desde os primórdios da crise da Modernidade e ainda hoje as investidas capitalísticas. O que mudou são as formas deste controle.

Como aponta os autores, a sociedade de controle opera através da “*intensificação e síntese dos aparelhos de normalização de disciplinaridade que animam internamente nossas práticas diárias e comuns*” (Hardt e Negri, 2005a: 42). É como se as lógicas e efeitos das disciplinas tivessem saído de seus espaços fechados e delimitados e invadido todo o campo social: da casa ao trabalho, do corpo aos afetos.

Esta é, portanto, a lógica que anima as estratégias de poder hoje em dia fazendo-as funcionar o que venho chamando de um controle *invisível*. Tal modo de controle, ademais, funciona em um par coordenado com outra característica das estratégias da Sociedade de Controle: o poder tende a incidir, cada vez mais, sobre o que há de mais *imaterial* nos processos do *vivo*.

Vejamos, então, a *imaterialidade*.

### **A imaterialidade como estratégia (e efeito) fundamental do poder na Sociedade de Controle**

A imaterialidade das novas estratégias de poder já foi discutida anteriormente – quando explorei brevemente as mudanças no campo da Prevenção com surgimento de movimentos como a Medicina Preventiva e a Promoção da Saúde.

É claro nestes dois movimentos como tanto as técnicas do fazer do campo da prevenção vão paulatinamente se desmaterializando, quanto os efeitos almejados passam a ser, também, imateriais. Neste sentido, vemos crescer o campo de estudos sobre *comportamento e estilo de vida* e o aprimoramento de técnicas de educação em saúde, de *escuta*, de *acolhimento*, de *conversação*.

Sem dúvida o campo da prevenção é emblemático desta tendência. Cada vez mais se fortalece o discurso de que há que se construir uma distinção clara entre prevenção e promoção, descolando o termo “promoção” da idéia de evitação de doenças – uma lógica que estaria, ainda, carregada dos preceitos do movimento preventivista (Westphal, 2006: 641):

*“Diferenciação entre Promoção da Saúde e Prevenção de Doença no modelo Leavell & Clark pode ser feito, primeiramente, em relação aos objetivos da promoção e de cada nível da prevenção. A Promoção da Saúde é uma ação de Prevenção Primária, portanto se confunde com prevenção, segundo estes autores, do mesmo nível de proteção específica (exemplo, vacinação).” (641)*

A força que possui – em quase todos os âmbitos – o discurso sobre a necessidade de que, mais do que evitar doenças, o campo da saúde passe a *fazer ver e falar* sobre a vida saudável me parece um sintoma claro de um diagrama de poder que não se importa tanto com exclusões e correções de desvios, mas com o fomento à produção.

*“(...) não se trata mais apenas de saber o que evitar, mas sim de reconhecer o que alcançar (...). Construir uma referência objetiva sobre que atributos e condições devem receber a qualificação de saudáveis e, enquanto tal, se tornarem objetivos a serem perseguidos pelas práticas médico-sanitárias, é, portanto, um corolário da proposição técnica da promoção da saúde.” (Ayres, 2002)*

A este novo foco do poder não interessa, de forma tão fundamental, observar os corpos em detalhes, gerenciar os aglomerados e suas divisões; a este foco do poder interessa, sobremaneira, fomentar o desejo. Não apenas fomentar que se deseje, mas incitar a imaterialidade e oferecer a ela modos de criação de territórios a serem habitados, materializados. Neste sentido, é o próprio Foucault que aponta que, a partir dos anos sessenta:

*“Como resposta à revolta do corpo, encontramos um novo investimento que não tem mais a forma de controle-repressão, mas de controle-estimulação: ‘Fique nu... mas seja magro, bonito, bronzado!’.” (Foucault, 1979b: 147)*

O foco não é mais proibir, corrigir, mas permitir e incitar. E o alvo maior de nossa excitação e, ao mesmo tempo, a melhor estratégia para conduzi-la é manter o foco de investimento na imaterialidade.

Para entender o que venho chamando de imaterialidade irei usar algumas das idéias de José Gil (1996a e 1996b). Este autor recusa a idéia tradicional de *experiência* para apontar que grande parte da produção de realidade é engendrada a partir de um tipo de percepção ou sensibilidade que não pode ser compreendida a partir das noções tradicionais de uma experiência que se dá na consciência de “*um sujeito uno, operador de sínteses cognitivas*” (Gil, 1996a: 11).

A este tipo de percepção diferenciada Gil dá o nome de percepção ou fenômenos de *fronteira*. Estes fenômenos possuem um traço paradoxal que penso ser importante registrar: “*ela assola-nos sem que demos por isso, experienciamo-la sem dela ter consciência, apercebemo-nos das modificações que sofremos já depois de as termos sofrido*” (Ibidem: 13). Muitos são os exemplos: a influência política sobre as massas, mensagens subliminares dos publicitários, a paixão.

O que é importante é que tais percepções são geradas pelo encontro com o que Gil chama de *imagens-nuas*. A subjetividade seria, assim, engendrada no contato constante e infinito com milhares de imagens-nuas, sendo o tipo de experiência fundamental que a configura os *fenômenos de fronteira* ou *pequenas percepções* (Gil, 1996a e 1996b).

Poderíamos dizer que, se para Gil (ibidem) os modos de viver e sentir seriam sempre produzidos a partir destas *experiências de fronteira* ou *pequenas percepções*, é na Sociedade de Controle que o capitalismo teria incluído sistematicamente tais formas de experiência em suas estratégias e no foco de suas intervenções.

Deste modo, não é fundamental saber o que desejamos *evitar* ou *corrigir*, a produção sobre qual mundo queremos *impedir* que aconteça não é o foco. Ao diagrama contemporâneo convém excitar, incessantemente, *pequenas percepções*. Todo o investimento no mercado publicitário, o desenvolvimento de técnicas de pesquisa de opinião e mercado, de tendências etc. é um sintoma claro de que, ao capitalismo atual, interessa fomentar *experiências de fronteira*.

Neste sentido, estratégias que dêem conta da imaterialidade são fundamentais. Estratégias que tenham como instrumento, mas também como foco de intervenção e de produção – de efeitos – o imaterial ou, ainda, o lócus das pequenas percepções: as relações, os desejos, os afetos.

Stilo: quem tem, tem.

Eu pratico EcoSport.

Estes não são apenas slogans para vender carros, estes são slogans que impactam diretamente no desejo, nos *modos de vida*. O primeiro produto que eles vendem é o *direito à diferença*: você pratica esportes, eu tenho estilo. Somos diferentes! E, além de diferentes, somos também altamente flexíveis.

As modificações no campo do trabalho, com um processo irreversível de predominância do trabalho imaterial sobre o trabalho material, ajudam a entender melhor esta segunda característica (Lazzarato e Negri, 2001: 25). No caso do trabalho, a categoria de *trabalho imaterial* aponta para uma mudança no mundo do trabalho onde dimensões antes *externas* ao trabalho passam a fazer parte da produção: fundamentalmente aquelas dimensões mais imateriais (os afetos, as relações, o prazer etc.). O trabalho imaterial não apenas tem como base da sua “linha de produção” os afetos como também tem como produto de seu esforço objetos imateriais: desejo, relações, modos de vida etc.

*“Em outras palavras, pode-se dizer que quando o trabalho se transforma em trabalho imaterial e o trabalho imaterial é reconhecido como base fundamental da produção, este processo não investe somente a produção, mas a forma inteira do ciclo ‘reprodução-consumo’: o trabalho imaterial não se reproduz (e não reproduz a sociedade) na forma de exploração, mas na forma de reprodução de subjetividade.” (Lazzarato e Negri, 2001: 30)*

No campo da saúde fica claro como as habilidades imateriais para o trabalho passam a serem exigidas, bem como uma infinidade de efeitos imateriais são produzidos. Mais do que manejar corpos, curativos, medicamentos, vacinas, fiscalizar espaços, os trabalhadores da saúde são chamados para escutarem, conversarem, intervirem em grupos e relações familiares, manejarem afetos e sensações. Como efeito disso temos visto como muitos profissionais não têm dado conta destas tarefas, adoecendo e muitas vezes as executando de modo autoritário ou ineficaz. Primeiramente porque muitas vezes as formações não dão conta de prepara-los para tal tarefa, da mesma maneira como não estamos subjetivamente preparados para ela.

O que quero apontar aqui é que a produção subjetiva atual se vê bombardeada com esta excitação imaterial, mas não tem encontrado nem suporte nem espaços adequados para criar novos territórios para com ela lidar e, assim, poder expressá-la de forma singular.

Se antes os corpos eram disciplinados para o trabalho, docilizados para a produção, hoje o que vemos é a própria vida como capital. A subjetividade não é apenas investida para o consumo (com produção de *mundos e formas de viver e ser consumíveis* pela publicidade), mas está ela mesma no centro da produção de capital (os afetos chamados a fazer parte da produção, o chamado capital intelectual etc.):

*“Ou seja, a intimidade do trabalhador, sua vitalidade, sua iniciativa, sua inventividade, sua capacidade de conexão foi sendo cobrada como elemento indispensável na nova configuração produtiva (...) A partir daí, cada qual deveria descobrir seu potencial específico no interior de uma estrutura mais maleável, com conexões mais abertas, mais ágeis, mais desenvoltas.” (Pelbart, 2003: 96-97)*

Hardt e Negri, no entanto, alertam para o fato de que este novo modo de produzir de maneira nenhuma diminui, necessariamente, as hierarquizações, a captura do desejo e a despotencialização dos coletivos de auto-produzirem suas vidas, na verdade o que eles apontam é que *“os mecanismos de comando se tornam cada vez mais ‘democráticos’, cada vez mais imanentes ao campo social, distribuídos por corpos e cérebros dos cidadãos”* (Hardt e Negri, 2005a: 42):

*“Os comportamentos de integração social e de exclusão próprios do mando são, assim, cada vez mais interiorizados nos próprios súditos. O poder é exercido agora mediante máquinas que organizam diretamente o cérebro (em sistemas de comunicação, redes de informação etc.) e os corpos (em sistemas de bem-estar, atividades monitoradas etc.) no objetivo de um estado de alienação independente do sentido da vida e do desejo da criatividade.” (Hardt e Negri, 2005a: 42)*

A característica do enfoque imaterial do poder atual aponta, portanto, para um novo modo de produção de subjetividade e de modos de vida que – ao invés de investirem de forma autoritária e disciplinar nos corpos, seus gestos e movimentos – visa acima de

tudo o que escolho chamar do desejo<sup>18</sup>. Fazer com que as pessoas desejem, liberar o desejo, seus agenciamentos e suas produções. Desejo aqui não apenas como a vontade de obter algo que ainda não temos<sup>19</sup>, mas como potência de produção.

Não é difícil nos remetermos rapidamente ao discurso que – em resposta às práticas hegemonicamente autoritárias do campo da saúde durante toda a Modernidade – investe pesadamente no conceito de autonomia para definir um pensamento pós-disciplinar:

“A principal conclusão deste estudo é sobre a importância de alterar a maneira com que se pratica a clínica e a saúde coletiva, sugerindo-se arranjos de saber e organizacionais que permitam o seu compartilhamento entre trabalhador e usuário. Trata-se de inventar modos de co-gestão do ato e do processo clínico e sanitário em geral.” (Campos, 2006: 34)

“Entretanto, a grande possibilidade de mudança na linha de ampliação da finalidade do trabalho em saúde refere-se à inclusão da ‘co-produção de autonomia’ como outro objetivo do trabalho clínico e coletivo.” (Campos, 2006: 36)

Tanto prevenção como clínica (Campos, 2006; Merhy, 2000; Buss, 2000) adotaram o discurso da necessidade de produção de autonomia tanto nos usuários como nos próprios trabalhadores e nos métodos de gestão. A produção de autonomia seria, neste contexto, uma estratégia de combate às possíveis capturas do sistema atual.

Sem entrar no complexo debate sobre o conceito de autonomia, vale lembrar que este é um discurso que nasce de uma mistura entre as possibilidades do diagrama atual – onde o discurso da autonomia e co-gestão é um discurso hegemônico (Carvalho, 2004) – e estratégias de luta que se baseiam na resistência a um poder de funcionamento ainda bastante disciplinar. Como apontam Petersen e Lupton:

---

<sup>18</sup> O exemplo do processo de re-organização gerencial das empresas chamado de GSA (Gestão Semi-Autônoma) é um exemplo claro disso, que vem sendo utilizado para modificar todos os níveis da gestão – do *chão de fábrica* ao níveis gerenciais.

<sup>19</sup> Apesar deste modo de produzir o desejo seja também de muita utilidade para as estratégias atuais.

*“A nova saúde pública pode ser vista porém como a mais recente de uma série de regimes de poder e saber que são orientados para a regulação e vigilância dos corpos individuais e do corpo social como um todo. Isso não é dizer que é simplesmente controlar ou influência opressiva, e que não há espaço para ações autônomas individuais (na verdade, nós defendemos o contrário); antes, é cuidar contra a visão dominante de que a nova saúde pública é um projeto ou movimento de libertação.(...)” (s/d: 03)*

### **As respostas do movimento da SCB aos sintomas de desmaterialização**

Penso que foi frente ao sintoma de investimento na *imaterialidade* das práticas tanto preventivas como clínicas que a SCB produziu inicialmente seu aparato teórico. Neste sentido, fortemente influenciada pelo marxismo clássico, passou a focar os determinantes sociais e materiais do processo saúde-doença, o coletivo enquanto seu adjetivador principal e a prevenção enquanto orientadora das práticas.

Dada a diversidade de correntes dentro da SCB, poderíamos acompanhar como estes eixos tendem a tomar maior ou menor centralidade dentro de cada projeto.

*“Cada uma dessas correntes elegeu alguns conceitos considerados estratégicos para fundamentar sua compreensão da saúde: a medicina social elegeu com centralidade o conceito de classe social; a saúde coletiva priorizou a noção de coletivo, bem como algumas outras sempre tendentes a abarcar a totalidade dos fenômenos sociais.”*  
(Campos, 2006: 23-24)

Mas, apesar destes terem sido eixos para sua produção, aparentemente resolvendo o problema da desmaterialização em prol do pólo coletivo-prevenção-materialidade, dentro da própria SCB voltam a nascer binarizações. Tais binarizações parecem apontar que os fatores de crítica, que antes pareciam *externos*, voltam a assombrar o campo a partir de seu interior.

Uma destas binarizações é claramente exposta por muitos autores no campo da própria *Promoção*. Divide-se este campo em dois grandes grupos assim definidos: um que defenderia práticas de cunho individualista e comportamentalista e outro que apostaria em práticas que tem como foco os determinantes sociais e materiais da saúde:

*“As diversas conceituações disponíveis para a promoção da saúde podem ser reunidas em dois grandes grupos (Sutherland & Fulton, 1992). No primeiro deles, a promoção da saúde consiste nas atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando nos seus estilos de vida e localizando-os no seio das famílias e, no máximo, no ambiente das culturas da comunidade em que se encontram. Neste caso, os programas ou atividades de promoção da saúde tendem a concentrar-se em componentes educativos, primariamente relacionados com riscos comportamentais passíveis de mudanças, que estariam, pelo menos em parte, sob o controle dos próprios indivíduos. (...)O que, entretanto, vem caracterizar a promoção da saúde, modernamente, é a constatação do papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de saúde, em torno da qual se reúnem os conceitos do segundo grupo. Este sustenta-se no entendimento que a saúde é produto de um amplo espectro de fatores relacionados com a qualidade de vida, incluindo um padrão adequado de alimentação e nutrição, e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde. Suas atividades estariam, então, mais voltadas ao coletivo de indivíduos e ao ambiente, compreendido num sentido amplo, de ambiente físico, social, político, econômico e cultural, através de políticas públicas e de condições favoráveis ao desenvolvimento da saúde (as escolhas saudáveis serão as mais fáceis) e do reforço (empowerment) da capacidade dos indivíduos e das comunidades.”*  
(Buss, 2000)

É interessante questionar porque, mesmo sendo eixo organizador do campo, a dilemática individualização-coletivização segue perseguindo-o, inclusive por dentro de si mesmo. Uma primeira pista a ser considerada é que talvez não seja exatamente esta briga a que está posta no jogo entre captura e liberdade no contemporâneo.

Apesar das diferenças importantes entre as correntes da SCB, podemos nos questionar até que ponto a tentativa de resgate do pólo do *social*, da epidemiologia ou mesmo dos *determinantes materiais* do processo saúde-doença não tende a apostar em um referencial *fora de seu tempo* – como nos apontavam Hardt e Negri (2005a).

Um resgate que visaria enfrentar um novo modo do poder (*imaterial*, difuso e não-identitário e que não opera mais pela dicotomia indivíduo-coletivo) a partir de ferramentas que me questiono se são realmente funcionais em tempos de um controle que opera a partir da imaterialidade.

Com isso não ponho em questão a necessidade de mudanças nos planos materiais da existência das coletividades, o que questiono são os modos como estas mudanças serão alcançadas e quais discursos realmente são capazes de acessar as questões-chave de seu tempo, construindo modos de resistência efetivamente ativos.

Negri e Hardt (*ibidem*) nos ajudam a compreender a dificuldade de travar novas formas de luta neste momento de transição. Frente à desorganização absoluta das identidades e das referências Modernas propostas pelo novo Diagrama, traçam-se dois modos hegemônicos a partir dos quais agem os militantes que visam a invenção de formas de produção da vida mais éticas e solidárias. O primeiro deles é um resgate de lógicas modernas como o fomento a pólos binarizados (indivíduo versus social, natural versus industrializado, clínica versus prevenção etc.), o fomento de identidades e o armamento das fronteiras. Penso que muitas vezes correntes da SCB tendem a responder aos impasses do contemporâneo sob este viés<sup>20</sup>.

O segundo modo acaba por lutar contra um inimigo já *ultrapassado*. São os diversos movimentos pós-modernistas (citados pelos autores linhas acima) que ainda afirmam o hibridismo, a complexidade e a dissolução de fronteiras sem se darem conta de que este já e também tem sido o discurso de seu ‘oponente’.

---

<sup>20</sup> Hardt e Negri (2005a) chegam a afirmar que os fundamentalismos de todas as ordens são sintomas deste novo diagrama.

Entendo que tanto a SCB – de um modo geral – quanto este trabalho – na particularidade que lhe cabe – têm como motivação a criação de armas potentes frente aos novos modos de poder no contemporâneo. Por conta disso pretendo operar duas inversões.

Uma primeira inversão que visa apostar nas fronteiras e em determinado modo de habitá-las. Se Negri e Hardt afirmam que é próprio dos projetos pós-modernistas a *desconstrução de fronteiras* (ibidem: 159) aposto num certo modo de afirmar e explorar fronteiras. Nem armá-las, nem dissolvê-las, mas explorá-las no que elas possuem de mais potente: a contínua interrogação das formas fixas e do movimento do campo do *de fora*. Esta inversão visa questionar os possíveis movimentos (por exemplo, da própria SCB) ainda bastante binários e dicotomizantes. Isto porque acredito que resgatar lógicas binarizantes não se configura como arma potente frente ao desafio do novo poder em vigor.

Neste sentido, mantenho o projeto de fazer uma análise da relação entre clínica e prevenção baseada na multiplicidade e na diferença, ou seja, uma análise para além do simples trabalho do negativo, buscando assim coordenações mais complexas – tarefa ao menos parcialmente realizada no capítulo onde exploro a fronteira clínica-prevenção no Diagrama Disciplinar.

Uma segunda inversão, no entanto, é necessária. Esta se dá no modo como venho explorando a relação clínica-prevenção no contemporâneo. Se, sob o diagrama atual, não basta mais combater os dualismos, então se faz preciso compreender como funcionam, no detalhe, as estratégias de poder na Sociedade de Controle e, assim, cunhar modos de resistir à captura a *altura de nosso tempo*.

### **A fronteira clínica-prevenção em uma sociedade sem fronteiras**

Para finalizar a análise da fronteira clínica-prevenção numa sociedade dita *de Controle* desejo retomar a afirmação de Deleuze que, se para o diagrama disciplinar a articulação entre indivíduo e social não era estranha nem fortuita, na Sociedade de Controle havemos de reconhecer outra lógica:

“Não se está mais diante do par massa-indivíduo. Os indivíduos tornaram-se ‘dividuados’, divisíveis, e as massas tornaram-se amostras, dados, mercados ou ‘bancos’.” (Deleuze, 1992: 222)

Neste sentido, não é mais para produção sistemática e gerenciada de um *indivíduo identitário* e de uma *população totalizada* que trabalham os saberes e as forças de afetação do diagrama atual – devemos, portanto, notar que também não é sob este objetivo que se articulam clínica e prevenção.

A noção de *indivíduo* – enquanto aquilo que *não pode ser dividido* – foi distorcida em duas direções complementares. Uma que reduz a individualidade ao extremo e outra que a dissolve em sua densidade, fomentando flexibilizações constantes e a troca veloz de territórios existenciais.

A primeira direção se expressa na continuidade crescente da especialização no âmbito da clínica enquanto que em relação à segunda poderíamos nos questionar se não é localizável nas constantes mudanças daquilo que é considerado saudável no campo, por exemplo, das práticas de promoção à saúde.

Assim como as mudanças no que diz respeito à produção da individualidade, no âmbito da produção de populações vemos como estas se tornaram apenas amostras, fonte de dados abstratos e foco raro de intervenção ‘direta’ do campo da saúde.

A população hoje é *todos e ninguém*, em suas casas, *em frente à TV*, em todos *os cantos do mundo*. Sendo assim, não passa mais a ser função da saúde (pelo menos não de modo hegemônico) esquadrinhar aglomerações, mapear, individualizar grupos, organizar ocupações. Interessa, ao contrário, fomentar redes e a elas ter acesso e através delas fazer circular.

A lógica do risco (Carvalho, 2004; Ayres, 2006) – que ganha força e expansão progressiva a partir da década de 40 – me parece retratar bem este paradoxo das *dividuações* e das massas enquanto *bancos*. Na lógica do risco, as populações servem como banco para produção de índices, sempre abstratos e gerados a partir de inúmeras manobras, que servem *a todos e a qualquer um* apenas como um guia geral, nada rígido de como tornar-se mais *saudável*.

Ao embasar tanto a organização da clínica como a lógica da prevenção e da promoção da saúde, a lógica do risco imprime em todo funcionamento do campo da saúde dois movimentos fundamentais. O primeiro já citado acima, de dispersão da individualidade e das totalizações populacionais, como as conhecia a Modernidade:

*“Liberado pelo raciocínio de base probabilística, o conhecimento epidemiológico não precisava mais caracterizar exaustivamente os contextos sociossanitários que examinava. Cada aspecto considerado como casualmente relacionado a um evento patológico passou a ter essa probabilidade avaliada na condição de uma probabilidade. (...) O conhecimento epidemiológico passa a ser cada vez menos indicativo da totalidade de uma condição sanitária desfavorável à saúde e cada vez mais um raciocínio, uma forma de encontrar relações causais prováveis.” (Ayes, 2006: 384-385)*

E um segundo movimento que se define pela pulverização generalizada de diversos índices abstratos acerca do que se deveria evitar e, ao mesmo tempo, daquilo que se deveria almejar em termos de saúde. Assim, independente da intervenção direta sobre grupos ou sobre pessoas individualmente, uma certa produção do que é saudável e desejável se dá a partir de redes descentralizadas.

Ademais, a lógica do risco carrega consigo a possibilidade de versar sobre graus variados do que seria a doença, o desejadamente evitável, o mortal e o saudável. Esta flexibilidade faz com que inúmeras mensagens e produções sobre o *como levar a vida* possam ser disseminadas a partir de índices aparentemente objetivos, racionais e precisos:

*“Além disso, a suscetibilidade representada pelo risco não precisava mais ficar restrita à chance de ser infectado, mas também de adoecer, de não adoecer, de adoecer de modos diferentes, de morrer, etc.” (Ayes, ibidem: 383)*

O próprio Deleuze aponta que vemos, cada vez mais, operar uma *saúde sem doença, sem indivíduo e sem médico*. Uma saúde que lida com matérias individuais a serem controladas a partir dos riscos prováveis de desvios ou ‘agravos’:

*“(...) a nova medicina ‘sem médico nem doentes’, que resgata doentes potenciais e sujeitos a risco, que de modo algum demonstra um progresso em direção à individuação, como se diz, mas substitui o corpo individual ou numérico pela cifra de uma matéria ‘individual’ a ser controlada.” (1992: 225)*

Ao contrário da interpretação da maioria dos autores da SCB (Aires, 2001; Carvalho, 2004) e da saúde pública em geral, Deleuze tende a afirmar que não é a um processo intensificado de individuação que somos submetidos. Não interessa mais, como interessava às disciplinas, exercitar uma individualidade extrema, mesmo porque a lógica atual opera em redes e a partir da flexibilização.

Precisa-se, portanto, que os indivíduos circulem, se informem, entrem nas redes e se utilizem dos dados criados a partir dos bancos populacionais. Para isso, não necessariamente são necessários médicos e pacientes, serviços de saúde e salas, exames e exercícios de individualização e totalização de sujeitos ou populações.

No entanto, penso que este é um campo teórico ainda por desbravar e que requer bastante atenção: qual tem sido o papel do campo da saúde hoje na produção destes *indivíduos dividuados* e destas *populações enquanto amostras*? Como racionalidades e saberes como os do risco, da promoção à saúde e da clínica atual contribuem para esta produção? E, ainda, quais micro-revoluções nos saberes da clínica e da prevenção podemos cunhar para o enfrentamento a este modo de captura?

Em resposta a esta *dividuação* crescente, provocada pelas novas estratégias, é possível identificar discursos que visam resistir a este modo de captura defendendo o resgate e fomento a uma clínica e uma prevenção focadas no *sujeito* (Campos, 2006; Carvalho, 2004).

Penso que cabe questionar o quanto esta tentativa – de resgate de um sujeito como o conhecíamos e produzíamos na modernidade: o sujeito do pacto social, da psicanálise, do conflito interesse *versus* desejo – é de fato uma arma potente de produção de modos mais livres e solidários de produzir a vida no contemporâneo.

Neste sentido penso que é importante (re)afirmar que quando, hoje, na SC, em um duplo movimento, exaltamos o resgate do indivíduo e o fomento a ações sociais, não estamos necessariamente desviando das posturas das quais queremos diferir.

Se hoje as estratégias diluem a produção do *indivíduo* em registros genéticos, em mutações identitárias constantes e em amostras abstratas e imateriais, não devemos esquecer que o capitalismo de outros tempos se utilizou intensamente do indivíduo e, ao mesmo tempo, de estratégias amplamente sociais e materiais para produzir seus efeitos.

Outras correntes (Lancetti, 2006; Ferreira Mendes, 2004; Pelbart, 2003), por outro lado, tendem a localizar novamente sob viés da produção de liberdade a *flexibilidade*, o *hibridismo* e a *mobilidade* do contemporâneo. É seguindo a pista destas correntes que finalizarei o trabalho; não para retomar um viés *pós-modernista*, mas para congregar com uma postura que afirma que só podemos enfrentar as estratégias atuais de captura com armas *a altura do nosso tempo*; reconhecendo, assim, a potência de captura e a potência de libertação que cada dobra do poder dispõe a nosso alcance a cada momento.

**ALGO COMO UM FIM, AINDA PELO MEIO**

“... partir do meio, pelo meio, entrar e sair, não começar nem terminar.” (Deleuze e Guattari, 1996: 37)

### **A força de afirmação daquilo que desconstrói**

Desde o início da problematização da relação entre clínica e prevenção eu trabalhava com três idéias fundamentais: (1) o campo da saúde opera a partir de práticas e saberes coletivamente produzidos a partir dos diagramas de força e das relações de poder; (2) o *campo* sobre o qual trabalha (as *doenças*, o *sofrimento*, os *determinantes sociais* etc.) tem sua gênese em um plano que é coletivo e impessoal e que é, também e ao mesmo tempo, (3) o plano sob o qual se produzem os efeitos de suas ações.

Meu desejo sempre foi afirmar estas três idéias, utilizando-as para analisar a relação clínica-prevenção, mas também o inverso: utilizando esta relação para analisá-las. No caminho de construção do texto, no entanto, percebi que ao invés de afirmá-las diretamente, seria necessário afirmá-las a partir da desconstrução de outros modos de análise que as encobriam.

Ao final do trabalho, me encontro, então, com um texto que, em alguns momentos, me parece demasiadamente guiado por esta lógica, a lógica da desconstrução. O que se afirma no lugar de tudo que foi questionado? O que se propõe frente a todas estas capturas?

Este certamente não é um trabalho que defende que o único caminho possível para a resistência é a denúncia, a desconstrução. Pelo contrário, este trabalho tem como pano de fundo a aposta na potência inventiva da vida. O poder é sempre um retardatário em relação à potência imanente de invenção da vida: “*O plano da imanência é aquele no qual os poderes de singularidade são realizados e aquele no qual a verdade da nova humanidade é determinada histórica, técnica e politicamente*” (Hardt e Negri, 2005a: 91)

No entanto, no contexto em que me encontrava, no contexto da saúde coletiva brasileira, fiz a escolha de trabalhar a partir da desconstrução. Parecia-me importante analisar as capturas, analisar com cuidado as estratégias de poder (as contemporâneas, mas também as Modernas).

Parecia interessante analisar as capturas e as diferentes estratégias porque percebia que as construções acerca da fronteira clínica-prevenção neste campo muitas vezes defendiam formas de luta já *fora de seu tempo*, formas de luta que se quedavam cegas a quem era de fato seu inimigo atual e, assim, se quedavam cegas também em relação a quais armas poderiam se mostrar efetivas em seu enfrentamento.

Ademais, vale lembrar também que os processos de desconstrução carregam sempre em seu bojo a força afirmativa daquilo que destrói. Poderia dizer que é ali, *nos cacos* que vão ficando ao longo dos capítulos, que pode estar a potência daquilo que este trabalho quer afirmar.

É claro, portanto, que não será nas últimas linhas deste trabalho que irei analisar em profundidade armas e táticas. Penso, no entanto, que a partir das análises feitas nos momentos anteriores é possível sistematizar alguns cuidados a serem tomados quando nos propusermos, finalmente, a traçar o esboço de algumas destas táticas no que diz respeito à relação clínica-prevenção e suas estratégias.

### **A cada tentativa: uma aposta na potência da fronteira clínica-prevenção no contemporâneo**

Parece-me que uma primeira racionalidade que precisa ser desconstruída é aquela que emparelha clínica ao tratamento de indivíduos e a prevenção como relativa a populações:

*“Entretanto, o que caracteriza e dá especificidade ao trabalho clínico é o foco analítico e terapêutico jogado sobre o indivíduo e sobre suas relações imediatas. A saúde coletiva trabalha com coletivos, agrupamentos populacionais recortados em diferentes lógicas, territorial, faixa etária, exposição a riscos, vulnerabilidade, etc. Lida com problemas de saúde da coletividade, ainda quando se valha de abordagem individual tanto para fazer o diagnóstico da situação, quanto para implementar ações de prevenção ou de promoção.”*  
(Campos, 2006: 40)

Sendo assim, me parece que na tradição da saúde coletiva, as práticas clínicas são ainda compreendidas como práticas individuais, na maioria das vezes sendo opostas e diferenciadas, por esta e outras razões, de práticas consideradas ‘sociais’ e ou ‘coletivas’. As práticas da saúde coletiva tendem a se produzir na oposição a esta lógica, ou a partir de seu par binário, sendo ele o coletivo:

*“De certa forma, a especificidade da saúde coletiva tem sido encontrada por alguns autores no objeto para o qual se debruça, procurando compreender e intervir: o coletivo.” (Teixeira, 1985: 88-89)*

Penso que seria interessante abandonar um pensamento na saúde que tenha como foco o par indivíduo-coletivo. Primeiramente porque nas lógicas atuais vimos que este par nos serve muito pouco como viés analítico. Secundariamente porque um projeto que aposte de fato na multiplicidade deveria partir de outras afirmações.

Segundo Deleuze poderia ser útil pensar em termos de individuação se substituíssemos a corrente idéia de que a subjetivação está vinculada a um sujeito identitário pela concepção de *individuações do tipo acontecimento*:

*“Se existe sujeito, é um sujeito sem identidade. A subjetivação como processo é uma individuação, pessoal ou coletiva, de um ou de vários. (...) Ora, existem muitos tipos de individuação. Há individuações do tipo ‘sujeito’ (é você... sou eu...), mas há também individuações do tipo acontecimento, sem sujeito: um vento, uma atmosfera, uma hora do dia, uma batalha...” (Deleuze, 1992: 143)*

Se sob o diagrama disciplinar tais *individuações do tipo acontecimento* encontravam-se excessivamente organizadas, identificadas, rotuladas e formatadas, é na Sociedade de Controle que aparece mais claramente a possibilidade de tais acontecimentos acharem caminhos singulares de atualização.

*“(...) em cada interseção de linhas de criatividade ou de fuga, as subjetividades sociais tornam-se mais híbridas, misturadas e miscigenadas, escapando ainda mais aos poderes fusionais de controle. Elas deixam de ser identidades, tornando-se singularidades.” (Hardt e Negri, 2005b: 186)*

Assim, se o poder atual tende a se expandir ao infinito, não deixando brechas – nem as mais imateriais – para invenção de escapes, é exatamente nas estratégias que tem de liberar para sua expansão (as redes, a imaterialidade, os afetos) que está seu maior risco de derrocada.

Se antes o esquadramento, a discriminação, a localização exata, a celulização eram fundamentais ao poder disciplinar, Deleuze (1992) aponta como o poder de hoje, ao mesmo tempo em que fomenta, tem de se a ver com a *dissipação das fronteiras* (Ibidem: 224): concomitantemente uma estratégia para sua reprodução e uma ameaça à sua continuidade.

Mas parece que, ao abordar todas os tentáculos e estratégias do poder – do diagrama disciplinar à Sociedade de Controle –, caí num *impasse da relação saber-poder*, sem espaço para criações e fugas aos dados da submissão. Seria esperado, talvez, que aqui eu resgatasse a terceira fase de Foucault, sua descoberta da categoria da *subjetivação* e das práticas de liberdade através das práticas de *si*.

Ao invés disso, irei diretamente para as críticas de Deleuze sobre as interpretações que têm sido feitas acerca desta terceira fase foucaultiana. Isto porque me parece que tais afirmações deleuzianas rompem de maneira radical – como acho fundamental fazermos agora – com a binarização indivíduo-coletivo.

*“É idiota dizer que Foucault descobre ou reintroduz um sujeito oculto depois de o ter negado. Não há sujeito, mas produção de subjetividade: a subjetividade deve ser produzida, quando chega o momento, justamente porque não já sujeito. E o momento chega quando transpomos as etapas do saber e do poder; são essas etapas que nos forçam a colocar a nova questão, não se podia coloca-la antes.”*  
(Deleuze, 1992: 141)

Assim, também aqui – após navegarmos as estratégias de poder e produção de saberes a partir da relação clínica-prevenção – seria preciso negar absolutamente a idéia de um sujeito que deveria ser resgatado do poder, para afirmar a necessidade da invenção de modos de vida *artistas*.

Talvez, inclusive, reconhecemos que podemos aprender com o poder soberano e sua capacidade aparentemente infinita de criar e transformar os modos de existência, fazendo-nos navegar do *modo indivídúo* clássico da Modernidade ao modo *dividuado* nascente no contemporâneo.

Que modos de existencialização, então, podemos criar como modos de fuga, de desvio das capturas atuais? Como a clínica e a prevenção e uma determinada imagem da relação entre ambas pode nos ajudar nesta tarefa?

O que é necessário, mais do que nunca hoje, – frente aos processos de desmaterialização, invisibilidade do poder, dividação e abstração das coletividades – é a afirmação de que modos de existência potentes só se constroem ao se afirmar a vida como uma *obra de arte*:

*“O que Foucault diz é que só podemos evitar a morte e a loucura se fizermos da existência um ‘modo’, uma ‘arte’. (...) A subjetividade não é de modo algum uma formação de saber ou uma função do poder que Foucault não teria visto anteriormente; a subjetivação é uma operação artista (...). Não se deve acreditar que a subjetivação, isto é, a operação que consiste em dobrar a linha do fora, seja simplesmente uma maneira de se proteger, de se abrigar. Ao contrário: é a única maneira de enfrentar a linha de cavalga-la: talvez se vá à morte, ao suicídio, mas, (...) o suicídio tornou-se então uma arte que toma a vida.” (Deleuze, 1992: 141)*

Seria talvez interessante ressaltar que a existência é *obra de arte* sempre produzida *coletivamente*. Aqui a idéia de *coletivo* não é usada como sinônimo de *populações* ou *grandes grupos*, mas como uma expressão da multiplicidade.

A afirmação radical de que a vida se constrói, por fim, a partir de um campo comum de imanência. Coletivo, portanto, também como lembrete da relação imanente entre os corpos individuados, mas, fundamentalmente, como lembrete em relação às infinitas possibilidades de *devires* que existem em cada corpo, em cada grupo, em cada caso, em cada família, em cada equipe:

*“Pois bem, o Coletivo não é o estabelecimento nem os grupos nem as instituições. O Coletivo, como o entendemos, se orienta de tal modo que seja possível absorver a co-existência em seu seio de uma variedade imensa de fatores, elementos e referenciais os mais díspares. Ele deve abarcar tudo que está presente, relacionado e inter-relacionado à clínica, à organização, ao estabelecimento, ao Estado, aos diferentes grupos e às instituições (tanto externas quanto internas), (...). Ou seja, o Coletivo se pauta pela multirreferencialidade.” (Moura, 2003: 71)*

Como *obra de arte*, ademais, entendo certo modo de se produzir a vida que aposta na invenção de territórios existenciais singulares. Se o capitalismo atual tende a excitar o *imaterial*, os *fenômenos de fronteira* e as *imagens nuas*, como o campo da saúde poderia operar no aumento da densidade de tal excitação? Como as práticas de saúde poderiam interceder em tal excitação possibilitando que, ao invés de respostas rápida e amedrontadas às vertigens – compra de modos de vida descartáveis à *granel* ou fixação em fundamentalismos de toda ordem – fosse possível inventar territórios singulares de existência?

Mas, para isso, seria preciso que o campo da saúde se prevenisse da venda indiscriminada de imagens do saudável. Seria preciso também que a clínica se prevenisse de sua tendência *individualizante* ou *dividualizante* e apostasse nos agenciamentos clínicos materiais: do homem com outros homens, mas também do homem com forças não humanas – animais, naturais, urbanas, tecnológicas. Como aponta Deleuze (1992: 143): *“Foucault diz: ‘uma arte de si mesmo que seria totalmente o contrário de si mesmo...’”*.

Não deixar, portanto, a clínica esquecer que a imaterialidade é também absolutamente material, sua produção é concreta, suas conexões são históricas e localizadas. Não esquecer que a *imaterialidade* faz parte das disputas políticas.

Mas disso também não poderia esquecer as práticas de prevenção que devem e podem fazer uso dos *determinantes sociais*, contanto que estes entrem em agenciamentos em prol de uma guerra que não esquece sua dimensão *afetiva* e *desejante*

O que seria, deste modo, praticar a clínica como um campo facilitador da produção de *existências como obras de arte*? Talvez denunciar onde as capturas do poder sobre o afeto, o corpo, os coletivos. Mas também buscar disparar movimentos de desvio.

Um olhar clínico como um olhar capaz de enxergar as *linhas as mais necessárias e perigosas*, no sentido em que aponta Deleuze (1992:137-139):

*“O que conta, para Foucault, é que a subjetivação se distingue de toda moral, de todo código moral: ela é ética e estética, por oposição à moral que participa do saber e do poder. (...) Diríamos o mesmo hoje: qual é nossa ética, como produzimos uma existência artista, quais são nossos processos de subjetivação, irreduzíveis a nossos códigos morais? Em que lugares e como se produzem novas subjetividades? Existe algo a esperar das comunidades atuais? (...) é o que se passa, o que somos e fazemos hoje (...).” (Deleuze, 1992: 142)*

E a prevenção então poderia ser pensada como aquele campo que não nos deixe esquecer o que é *intolerável* e, por isso e apenas por isso, aquilo que deve ser banido. Como afirma Lancetti:

*“Em suma, pensamos que seria desejável deslocar a prevenção para outras práticas de saúde, para o campo jurídico, para o manicômio e para a própria prevenção como a vemos operar nos seus traços mais institucionalizados. (...)*

*Se há algo de que temos que nos prevenir é das instituições, das suas organizações, das suas justificações e da imensa ilusão que elas produzem.” (Lancetti, s/d: 87-89)*

Movimentos clínicos e movimentos coletivos sim, se soubermos permitir ao adjetivo *coletivo* sua máxima potência: a de lembrar-nos que há sempre muitos em cada coisa – muitos casos em cada caso, muitos pacientes em cada paciente, muitas equipes em cada equipe, muitos bairros em cada bairro. Coletivo enquanto abertura à multiplicidade, ao movimento infinito de outrar-se.

**REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- Almeida Filho, N. A clínica e a epidemiologia. Rio de Janeiro: APCE/ ABRASCO, 1992.
- \_\_\_\_\_. Uma breve história da epidemiologia. IN: Rouquaryol, M. Z. e Almeida Filho, N. Epidemiologia e Saúde. Rio de Janeiro: MEDSI, 2003.
- Arouca, S. O dilema preventivista – contribuição para a compreensão e crítica da Medicina Preventiva. São Paulo: UNESP; Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.
- \_\_\_\_\_. Epidemiologia, promoção da saúde e o paradoxo do risco. Rev. bras. epidemiol., nov. 2002, vol.5 supl.1, p.28-42.
- \_\_\_\_\_ et al. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. IN: IN: Gampos, G. W. S. e Minayo, M. C. (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- Buss, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. Ciênc. saúde coletiva. [online]. 2000, vol. 5, no. 1, pp. 163-177. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232000000100014&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232000000100014.
- Camargo Jr., K. R. Biomedicina, Saber & Ciência: Uma Abordagem Crítica. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- Campos, G. W. de S. A Saúde Pública e a Defesa da Vida. São Paulo: Hucitec, 1991.
- \_\_\_\_\_. SaúdePaideia. São Paulo: HUCITEC, 2002.
- \_\_\_\_\_. Clínica e Saúde Coletiva compartilhadas. IN: Campos et al. Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- Carvalho, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. Ciênc. saúde coletiva. [online]. 2004, vol. 9, no. 3, pp. 669-678. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=pt&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232004000300018&lng=pt&nrm=iso)>. ISSN 1413-8123. doi: 10.1590/S1413-81232004000300018.
- \_\_\_\_\_. Saúde Coletiva e Promoção da Saúde; sujeito e mudança. São Paulo: HUCITEC: 2005.

- Deleuze, G. Nietzsche e a filosofia. Rio de Janeiro: Rio, s/d.
- \_\_\_\_\_. Conversações. Trad. Peter Pál Pelbart. Rio de Janeiro: Ed. 34, 1992.
- \_\_\_\_\_. Espinosa: filosofia prática. São Paulo: Escuta, 2002.
- \_\_\_\_\_. Foucault. São Paulo: Editora Brasiliense, 2006.
- \_\_\_\_\_. Abecedário. Arquivo eletrônico: 2007.
- Deleuze, G. et Claire Parnet. Diálogos. 4a. edição. São Paulo: Editora Escuta, 1998.
- Deleuze, G. et Guattari, F. Mil Platôs – Vol. III. São Paulo: HUCITEC, 1996.
- Ferreira Mendes, V. L. Uma clínica no coletivo – experimentações no programa de saúde da família [Dissertação]. São Paulo (SP): Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, 2004.
- Foucault, M. Vigiar e Punir. Rio de Janeiro: Vozes, 1975.
- \_\_\_\_\_. O nascimento da medicina social. IN: Foucault, M. Microfísica do Poder. 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979a. p. 79-98.
- \_\_\_\_\_. Poder-corpo. IN: Foucault, M. Microfísica do Poder. 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979b. p. 145-152.
- \_\_\_\_\_. Verdade e Poder. IN: Foucault, M. Microfísica do Poder. 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979c. p. 01-14.
- \_\_\_\_\_. Soberania e Disciplina. IN: Foucault, M. Microfísica do Poder. 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979d. p. 179-192.
- \_\_\_\_\_. O nascimento do hospital. IN: Foucault, M. Microfísica do Poder. 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979e. p. 99-112.
- \_\_\_\_\_. A história da sexualidade I, A vontade de Saber. 12ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982). Tradução, Andréa Daher; consultoria, Roberto Machado. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 1997.
- \_\_\_\_\_. Em Defesa da Sociedade. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

- \_\_\_\_\_. A arqueologia do saber. 7ª ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2005.
- Gil, José. Prefácio. IN: A Imagem-nua e as pequenas percepções, estética e metafenomenologia. São Paulo: Ed. Relógio d'água, 1996a, p. 07-22.
- \_\_\_\_\_. A visão do invisível. IN: A Imagem-nua e as pequenas percepções, estética e metafenomenologia. São Paulo: Ed. Relógio d'água, 1996b, p. 23-36.
- Hardt, M. Trabalho Imaterial. IN: O reencantamento do concreto. São Paulo: HUCITEC, 2003.
- Hardt, M. e Negri, A. Império. 7ª edição. Rio de Janeiro: Record, 2005a.
- \_\_\_\_\_. Multidão. Rio de Janeiro, Record: 2005b.
- L'abbate, S. A análise institucional e a Saúde Coletiva. Ciênc. Saúde coletiva. Jul. 2003, vol. 8, n° 1, p. 265-274.
- Lancetti, A. Prevenção, Preservação e progresso em Saúde Mental. In: Lancetti, A. et al. SaúdeLoucura 1. 2º edição. São Paulo: Ed. Hucitec, s/d.
- \_\_\_\_\_. Clínica peripatética. São Paulo: HUCITEC, 2006.
- Lazzarato, M. As Revoluções do Capitalismo. Tradução Leonora Corsini. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.
- LAZZARATO, M. e NEGRI, A. Trabalho imaterial: Formas de vida e produção de subjetividade. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.
- Leavell, Hugh e Clark, E. Gurney. Medicina Preventiva. Ed: McGraw-Hill do Brasil, 1976.
- Machado, R. Introdução. IN: Foucault, M. Microfísica do Poder. 22ª ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979. p. VII-XXIII.
- Machado, R. Ciência e Saber. Rio de Janeiro: Graal, 1981.
- \_\_\_\_\_. O exercício do pensamento em Foucault. IN: Machado, Roberto. Deleuze e a Filosofia. Rio de Janeiro: Graal, 1990. p. 181-203.
- Mendes, E. V. Distrito Sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. São Paulo- Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO: 1993.

- Merhy, E. E. A saúde pública como política. São Paulo: HUCITEC, 1992.
- \_\_\_\_\_. A rede básica como uma construção da saúde pública e seus dilemas. IN: Merhy, E. E. e Onocko Campos, R. (orgs) Agir em Saúde – um desafio para o público. 2º ed. São Paulo: HUCITEC, 1997.
- \_\_\_\_\_. O Ato de Cuidar como um dos nós críticos chaves dos serviços de saúde. Mimeo. DMPS/FCM/UNICAMP – SP, 1999.
- \_\_\_\_\_. Reflexões sobre as tecnologias não materiais em Saúde e a reestruturação produtiva do setor: um estudo da micropolítica do trabalho vivo. Livre-docência. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, 2000.
- Onocko Campos, R. Clínica : a palavra negada. Saúde em debate, Rio de Janeiro, v. 25, n. 58, p. 98 – 111, maio/ ago 2001.
- Paim, J. S. A saúde coletiva e os desafios da prática. IN: Saúde, Política e Reforma Sanitária. Salvador: ISC/ BA, 2002.
- Paim, J. S. e Almeida Filho, N. de. Saúde Coletiva: uma “nova saúde pública” ou campo aberto a novos paradigmas? Revista de Saúde Pública, ago. 1998, vol. 32, nº 4, p. 299-316.
- Pelbart, P. P. Da claustrofobia contemporânea. IN: Pelbart, P. P. A vertigem por um fio, políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Fapesp/ Iluminuras, 1997.
- \_\_\_\_\_. UIENZZ, Viagem a Babel. IN: A Vertigem Por Um Fio, políticas da subjetividade contemporânea. São Paulo: Iluminarius, 2000.
- \_\_\_\_\_. Vida Capital, ensaios de biopolítica. São Paulo: Iluminarius, 2003.
- Petersen, A. e LUPTON. D. The new public health: a new morality? IN: The New public health, London: SAGE, s/d. p 1- 24.
- \_\_\_\_\_. Conferência “Estética e Produção de Subjetividade” – I Encontro Latino-americano de Esquizoanálise. Montevideo, Uruguai: 13 de ago. 2003.
- Rotelli, Franco. Prevenir a prevenção. IN: Nicácio, F. (org) Desinstitucionalização. 2ª ed. São Paulo: HUCITEC, 2001.
- Schraiber, L. A. (org.) A programação em saúde hoje. São Paulo: HUCITEC, 1993.

- Teixeira, S. M. F. As ciências sociais em saúde no Brasil. IN: Nunes, E. D. As ciências sociais em saúde na América Latina tendências e perspectivas. Organização Pan-Americana da Saúde/ Repartição Sanitária Pan-Americana/ Escritório Regional da Organização Mundial da Saúde, 1983.
- Westphal, M. F. Promoção à saúde e prevenção de doenças. IN: Gampos, G. W. S. e Minayo, M. C. (orgs). Tratado de Saúde Coletiva. São Paulo: HUCITEC, 2006.