



# É A EDUCAÇÃO EM SAÚDE “SAUDÁVEL”?

## Repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder<sup>1</sup>

Denise Gastaldo

**RESUMO** — *É a Educação em Saúde saudável? Repensando a Educação em Saúde através do conceito de bio-poder.* Este artigo emprega o conceito de bio-poder desenvolvido por Foucault para analisar a Educação em Saúde. O bio-poder refere-se à administração da vida biológica como um evento político. O argumento central é o de que a Educação em Saúde representa uma contribuição singular para o exercício de bio-poder. Seu envolvimento com a prevenção e a Promoção da Saúde, bem como a sua natureza educacional, contribuem para o conjunto de técnicas de poder que entram em jogo na administração do corpo individual e social. Informações de um estudo sobre as políticas e práticas de Educação em Saúde no sistema público de saúde do Brasil são apresentadas para ilustrar a análise.

**Palavras-chave:** *Educação em Saúde, promoção da saúde, bio-poder, bio-política, anatomia-política e Michel Foucault.*

**ABSTRACT** — *Is Health Education good for you? Re-thinking health education through the concept of bio-power.* This article employs Foucault's concept of bio-power to analyse health education. Bio-power refers to the management of biological life as a political event. The central argument is that health education represents a singular contribution to the exercise of bio-power. Its involvement with prevention and health promotion, as well as its educational nature, enhance the set of power techniques that come into play in the management of individual and social bodies. Data from a study on health education policy and practices in the Brazilian national health system are presented to illustrate the analysis.

**Key-words:** *Health Education, health promotion, bio-power, bio-politics, anatomic-politics and Michel Foucault.*

Tradicionalmente, a Educação em Saúde<sup>2</sup> tem sido considerada como uma prática positiva a ser integrada aos cuidados de saúde, pois veicula informações e sugere alternativas para indivíduos, famílias ou grupos em termos de prevenção à doença e de Promoção da Saúde. Neste sentido, a Educação em Saúde parece ser uma prática realmente “saudável”, algo “bom para todos”<sup>3</sup>.

O objetivo deste artigo, porém, é desafiar esta certeza. Para fazê-lo, a Educação em Saúde é examinada aqui de forma crítica, a partir do emprego do conceito de bio-poder, desenvolvido por Michel Foucault no primeiro volume de sua obra *A história da sexualidade*. Bio-poder refere-se aos mecanismos empregados para controlar a população e disciplinar indivíduos. Na visão de Foucault, a vida biológica é um evento político: a reprodução da população e a ocorrência de doenças são centrais nos processos econômicos e, conseqüentemente, são passíveis de controle político.

Eu emprego o conceito de bio-poder para investigar a dimensão política da Educação em Saúde nas áreas da saúde e da Promoção da Saúde. Neste século, a saúde tem se tornado cada vez mais politicamente importante como um ponto fundamental de contato entre governo e população. Com o estabelecimento de uma rede de práticas referentes aos direitos humanos e à cidadania, a arte de governar tem sido obrigada a desenvolver estratégias mais refinadas para manter a população sob controle, evitando práticas coercivas. Vista sob esta perspectiva, a Educação em Saúde pode contribuir para o exercício do bio-poder porque envolve disciplina e normas de comportamento que têm por objetivo promover uma boa saúde. Trata-se de um processo educativo por natureza, pois promove comportamentos que devem ser adotados pela população como um todo e interfere nas escolhas individuais, informando sobre como atingir estilos de vida “saudáveis”.

O argumento central desenvolvido neste artigo é que a Educação em Saúde representa uma contribuição singular para o exercício do bio-poder. Seu envolvimento com a prevenção e Promoção da Saúde, bem como sua natureza educativa, reforçam técnicas de poder controladoras do corpo individual e do corpo social.

A primeira parte deste artigo discute o conceito de bio-poder e como ele se relaciona com Educação em Saúde. Os conceitos de bio-política e de política anatômica são explorados a seguir, a partir de informações de um estudo sobre políticas e práticas de Educação em Saúde do sistema público de saúde brasileiro.

## **Bio-poder: o conceito**

Foucault (1990: 135-139) destaca que desde o século XVII tem ocorrido uma mudança na forma como a população é controlada: do controle pela repressão passa-se a um controle “positivo”, construtivo. O poder do soberano sobre a vida dos indivíduos era exercido em função do poder de matar ou de

abster-se de matar. No entanto, essas intervenções foram sendo gradualmente substituídas pelo poder de promover a vida. Bio-poder, ou poder sobre a vida, constitui-se em poder empregado para controlar os corpos individuais e a população. Hakosalo (1991:9) define bio-poder como o uso de mecanismos de controle e coerção “para a produtividade e saúde de corpos humanos e populações”, baseando-se em uma visão destes como “recursos e objetos passíveis de serem administrados”.

Este tipo de racionalidade política — preocupada com o crescimento da população e prolongamento da vida — não foi estabelecida antes da Idade Clássica (Dreyfus & Rabinow 1982: 133). Foucault (1990: 142-143) afirma que esta foi a primeira vez na história em que o poder concentrou-se sobre a vida, ao invés de apenas decidir sobre a morte; as dimensões biológica e política da existência passaram a estar inter-relacionadas.

O corpo se tornou o foco de análise da entidade individual; ele não era mais uma entidade indissociável e coletiva, como uma população (Foucault 1991: 136-137). Analisando-se esse processo através de uma perspectiva de construtivismo social, pode-se dizer que o corpo do indivíduo foi “inventado” no início do século XVIII. Desde então, muitas técnicas de poder têm sido desenvolvidas para tornar o corpo dócil, a fim de que ele possa ser “subjugado, usado, transformado, e melhorado” (Foucault 1991: 136).

Dreyfus & Rabinow (1982: 153-154) afirmam que em todas as sociedades se encontra alguma forma de controle sobre o corpo. Mas o que caracteriza o poder disciplinar é o fato de ele dividir o corpo em partes e o treinar, com o objetivo de fazer as partes e o todo funcionarem de forma mais eficiente. Isto acontece de uma forma sutil e contínua, numa rede de micropoderes, incluindo o uso do espaço, tempo e práticas cotidianas.

O uso individual do corpo tem sido transformado num objeto de conhecimento. Para governar a população, deve-se identificar a cada indivíduo, e o conhecimento a seu respeito deve ser buscado. Pela primeira vez, o futuro da sociedade é relacionado não somente ao número de cidadãos e à organização familiar, mas ao uso que cada pessoa faz do sexo (Foucault 1990:26).

No século XVIII, o conhecimento sobre a população passa a ser adquirido através de uma nova perspectiva. Os governos reconhecem que lidar com indivíduos é diferente de lidar com populações, as quais então emergem como uma questão econômica e política. Algumas das facetas desta questão eram a saúde, a doença, a morte e os nascimentos. Estes aspectos estavam diretamente relacionados com a força de trabalho, o crescimento econômico e a distribuição de renda. Nos dois últimos séculos, a população tem-se tornado alvo de estatísticas e intervenções destinadas a grupos específicos ou à população como um todo (Foucault 1990: 146).

A fim de controlar a população, cada indivíduo deve ser atingido por técnicas de poder. O controle do corpo social<sup>4</sup> durante a vida exige um conjunto de novas estratégias. Por exemplo, as práticas de examinar corpos, de elaborar

questões sobre hábitos e outros assuntos privados, de prescrever comportamentos e drogas não seriam tão facilmente aceitas como práticas de saúde sem que houvesse experiências similares em outros espaços da vida social. Foucault (1991: 28) argumenta que a “política do corpo” depende de formas de comunicação que constroem corpos como objetos de conhecimento. A confissão, por exemplo, é uma importante estratégia de comunicação que tem sido usada para fazer circular conhecimento sobre corpos individuais.

A confissão, bem como toda a prática terapêutica da medicina, articula a microfísica e a macrofísica do poder, porque ambas ligam os corpos individuais ao corpo social. É esperado das pessoas que revelem seus pecados para seus pais, para o padre, para o juiz, para o médico, para o professor. Gordon (1991: 4-5) sugere que bio-poder é a ligação entre o universo micro e macro, “uma política referente aos sujeitos enquanto membros de uma *população*, em que questões de conduta sexual e reprodutiva, de nível individual, se inter-relacionam com questões de política e poder de nível nacional”.

Afirmar essa ligação entre o indivíduo e a população não significa dizer que o bio-poder refere-se a um sistema geral de dominação de um grupo sobre o conjunto do corpo social. Também não se trata de um conjunto de mecanismos que garante o controle sobre os cidadãos por um Estado (Foucault 1990: 92). Bio-poder é um poder sobre a vida, e que é sutil, constante e onipresente. É exercido por um conjunto de técnicas de poder, mas duas formas básicas podem ser identificadas como pólos desta “linha de poder”. Na terminologia de Foucault, elas são a “bio-política da população” e a “política anatômica do corpo humano”.

Bio-política é o pólo do bio-poder que emprega controles e intervenções reguladores para manejar a população (Foucault, 1990:139). Os processos biológicos gerados pelo agrupamento de indivíduos estão diretamente ligados a questões econômicas e sociais. Por exemplo, uma epidemia pode abruptamente atacar a força de trabalho de uma região; um aumento na expectativa de vida implica na extensão do cuidado à saúde e no apoio social aos idosos. As políticas sociais são uma estratégia visível para lidar com processos coletivos referentes à vida e à saúde da população. Outras técnicas invisíveis de poder, como a expansão do domínio do sistema de saúde na vida privada, colaboram na coleta de informações sobre a população e ajudam a estabelecer o que é considerado normal ou patológico.

Política anatômica, no outro pólo, enfoca o corpo como sendo uma máquina (Foucault 1990: 139). A docilidade e a utilidade são identificadas por Foucault como caminhos para integrar o corpo na vida social e econômica. Para tal, a atuação do poder disciplinador invade relações nas famílias, nas escolas, nos hospitais, no trabalho, etc. No caso da medicina, o efeito da disciplina é fazer com que o espaço terapêutico se torne um espaço político. A individualidade tem sido construída fundamentando-se em sintomas, doenças ou estilos de vida;

o controle sobre esses processos está no centro do cuidado médico (Foucault 1991: 144).

O espaço político que o cuidado e a política da saúde constituem é um lugar importante para o exercício do poder disciplinador. Legitimados pelo saber/poder científico, os profissionais de saúde centralizam a atenção nos corpos individuais ou no corpo social, na medida em que examinam, entrevistam e prescrevem estilos de vida “saudáveis”. O olhar clínico torna-se onipresente e aceitável porque seu objetivo é promover saúde — bem como promover uma sociedade disciplinada.

## Educação para a saúde como bio-poder

A Educação em Saúde foi criada na virada do século, quando o paradigma médico sofreu uma mudança. No século XIX, o modelo predominante era o da Medicina Hospitalar, que se concentrava em sintomas e sinais, os quais, no seu conjunto, configuravam uma patologia (Armstrong 1995: 393). Este modelo continuou vigente durante o século XX mas, gradualmente, um novo paradigma, o da Medicina de Vigilância<sup>5</sup>, passa a recriar os conceitos de saúde, doença e normalidade (Armstrong 1995: 394-395).

O modelo de Medicina de Vigilância muda o foco de atenção da medicina, de corpos patológicos para cada um dos membros da população. As categorias de saúde e doença dão lugar à noção de risco — doença não é um problema *per se*, e uma parte significativa da saúde é redefinida como um “estado de risco” (Armstrong 1995: 400, Petersen 1996: 45-51). Os limites entre saúde e doença também são recriados — pessoas saudáveis podem ficar ainda mais saudáveis; e uma pessoa pode ser saudável e doente ao mesmo tempo (Armstrong 1995: 400). Exatamente porque pessoas saudáveis e doentes são consideradas pessoas “em risco”, a velha tradição do ensino de higiene demonstrou-se insuficiente, e se transformou em Promoção da Saúde (Armstrong 1995: 399). Educação para a saúde tornou-se parte de uma estratégia global para promover a saúde de todos os seres humanos, uma estratégia, aliás, apoiada pela Organização Mundial da Saúde (OMS).

Essa mudança de foco de atenção — da patologia à saúde para todos — é também percebida na educação para a saúde. Esta é analisada em termos da “velha” e da “nova” forma de promover saúde (Seymour 1984:37). A situação é, certamente, mais complexa do que uma simples polaridade entre dois modelos. Taylor (1990:13) nos lembra que somente na Inglaterra há mais de dezessete taxionomias referentes à Educação em Saúde. No entanto, a título de esclarecimento, neste estudo, as práticas de Educação em Saúde relativas à responsabilidade dos indivíduos pela saúde e prevenção da doença serão chamadas de “Educação em Saúde tradicional”. Já aquelas práticas que objetivam

fazer com que as pessoas exercitem poder sobre sua própria saúde serão chamadas de “Educação em Saúde radical”.

A Educação em Saúde se desenvolveu sob a influência de teorias de prevenção da doença, sendo a saúde percebida como uma responsabilidade pessoal (Griffiths & Adams 1991: 221; Seedhouse 1986: 82). A Educação em Saúde tradicional se baseia nesses aspectos, bem como na especialização profissional. Seedhouse (1986: 82) salienta que a Educação em Saúde ainda objetiva a prevenção da doença através de informações sobre alimentação, exercícios físicos e sobre riscos provocados pelos hábitos de fumar e de beber. Na visão tradicional, a escolha saudável é a única escolha. Assim, os profissionais sabem qual é a escolha ideal, e deles é esperado que convençam os clientes a ter o estilo de vida mais saudável possível. A possibilidade de um cliente optar por atitudes não saudáveis, após ter participado de alguma atividade de Educação em Saúde, é interpretada pelos profissionais como uma falha.

A Educação em Saúde radical figura como parte dos movimentos de Promoção da Saúde [*health promotion*], nova saúde pública [*new public health*] e política pública saudável [*healthy public policy*]. A Educação em Saúde radical propõe que as pessoas controlem sua própria saúde. Este enfoque está comprometido com o combate às desigualdades sociais de forma ampla e promove a participação comunitária em questões relativas à saúde. De acordo com este referencial, a Educação em Saúde tem se constituído numa prática que capacita indivíduos e grupos a se auto-organizarem para desenvolver ações a partir de suas próprias prioridades. No entanto, alguns autores (Seymour 1984: 37; Tones 1990: 2; Millio 1990: 291-297; Weare 1992: 73) têm mostrado que muitos projetos comunitários estão longe de promover o poder da comunidade, que há ainda um longo caminho a percorrer para que políticas saudáveis [*healthy public policy*] se constituam numa prática comum, e para que a Educação em Saúde seja concebida para ir além das campanhas de informação.

Educação em Saúde radical e Educação em Saúde tradicional compartilham uma noção subentendida de construção de poder através da educação ou, em outras palavras, de submissão pela ignorância. Ambas são baseadas no entendimento de que os seres humanos são seres livres, a menos que algo os oprima; possibilitar a conquista de mais poder através da educação é um caminho para remover a “cadeia” de opressão — ignorância, falta de entendimento político, comportamentos submissos, etc. Eu argumentaria que ambos os processos, submissão e libertação, estão envolvidos nas relações de poder das práticas de Educação em Saúde. No entanto, ambos não são o resultado final dessas relações de poder/saber. O que a Educação em Saúde constrói é identidade. Educação em Saúde é uma experiência educacional que dá aos profissionais e pacientes/clientes elementos para que desenvolvam representações sobre o que se espera de pessoas “saudáveis” e “doentes”. Estes papéis sociais são reforçados por um sistema complexo de premiações e punições. A Educação em Saúde é

uma experiência de ser governado por outros e uma solicitação de auto-disciplina. Uma outra característica desta disciplina é o fato de ela representar um exercício construtivo de poder que aperfeiçoa o olhar da medicina sobre a sociedade [*medical gaze*]; através da Promoção da Saúde ela circula em todos os lugares, em esferas que são novas para a bio-medicina.

Nas próximas seções, alguns dos elementos levantados aqui serão desenvolvidos em maior profundidade e ilustrados com dados de um estudo sobre Educação em Saúde no sistema brasileiro de saúde pública.

## **Bio-política: participação e administração do corpo social<sup>6</sup>**

No Brasil, no início dos anos 80, houve uma mudança no discurso da política de Educação em Saúde formulada pelo Ministério da Saúde. Apesar de o governo na época ainda ser o da ditadura militar (fase da chamada abertura política), começava-se a se ouvir um discurso sobre participação e promoção de poder [*empowerment*] através da Educação em Saúde.

Uma revisão dos documentos emitidos pelo Ministério da Saúde, de 1980 a 1992, revela uma transformação do discurso oficial sobre a Educação em Saúde. As “Diretrizes da Educação para a Saúde”, de 1980 (Brasil— Ministério da Saúde 1980: 370), definem Educação em Saúde como “uma atividade planejada que objetiva criar condições para produzir as mudanças de comportamento desejadas em relação à saúde”.

De acordo com estas Diretrizes, “o caminho” para desenvolver a Educação em Saúde consistiria em produzir mudanças comportamentais de longa duração. A Educação em Saúde é vista como sendo responsável por mudanças, mas de uma forma muito seletiva. A Educação em Saúde significa “transferir conhecimento e redefinir valores [...] numa direção pré-definida”, mas o documento também sugere que as percepções da população sejam levadas em conta (Brasil— Ministério da Saúde 1980: 37-38).

A proposta de promover mudanças comportamentais “numa direção pré-definida” levanta questões sobre a conexão entre a Educação em Saúde e a bio-política. A “direção esperada” para as mudanças não é explicitada no documento, mas o significado implícito refere-se, claramente, a estilos mais saudáveis de vida para a população. O que é saudável é aquilo que a política de saúde diz ser saudável. Em outras palavras, a Educação em Saúde, da forma como é definida pelas Diretrizes, objetiva reforçar padrões de saúde concebidos pelo governo para a população. Assim, a política de Educação em Saúde pode ser entendida como uma estratégia de governabilidade através da bio-política.

Quando a Educação em Saúde objetiva produzir mudanças comportamentais ela se torna normativa. Então, o “comportamento saudável” é apresentado como a norma, e todos os outros comportamentos tornam-se comportamentos

desviantes. O princípio que está por trás da norma de comportamento é que alguém, além do indivíduo, conhece melhor o que é apropriado ou “bom para todos”. O mesmo princípio, experienciado em muitas áreas da vida social, é o que produz corpos governáveis.

O documento ainda afirma que Educação em Saúde nunca deveria ser coerciva (Brasil— Ministério da Saúde 1980: 39). Assim, Educação em Saúde bem sucedida é aquela que faz as pessoas mudarem seus comportamentos sem sentirem tal mudança como uma imposição. Nos termos de Foucault, a estratégia sugerida pelas Diretrizes diz respeito a desenvolver Educação em Saúde como um poder construtivo.

Em 1981, quando um documento novo foi publicado (Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde — Brasil — Ministério da Saúde, 1981), a política de Educação em Saúde iniciou a mudança de um enfoque tradicional para a promoção da participação comunitária nas atividades da saúde. Esta política não tinha seu foco na promoção de mudanças comportamentais. Ao invés disso, o documento concentrava-se no papel dos postos e profissionais da saúde como promotores de educação crítica, com vistas a facilitar a participação da população. A linguagem e as referências utilizadas no texto revelam uma influência marcante das idéias de Paulo Freire e de sua teoria de educação libertadora.

A “ação participativa” proposta neste documento está relacionada a um método de trabalho para os profissionais da saúde. Salienta-se a participação comunitária, apresentada como uma parceria entre profissionais e usuários, mas os líderes do processo são os profissionais. Tal participação comunitária prevê que cada participante deva fornecer informações sobre si mesmo, contribua para a discussão de problemas identificados pelos profissionais, colabore com a implementação de ações planejadas para grupos ou indivíduos na comunidade e discuta os resultados dos planos implementados (Brasil — Ministério da Saúde 1981: 10-12).

Considerando-se que este documento foi escrito no período em que o governo militar do General Figueiredo estava no poder, ele parece ser um tanto progressista. O fato de a transição para a democracia ter sido iniciada pelo mesmo presidente pode explicar essa tolerância com as mesmas idéias que, em 1964, provocaram o exílio de Paulo Freire (Cowen & Gastaldo 1995: 4-5).

Existe uma ruptura importante no discurso da Divisão Nacional de Educação para a Saúde, considerando-se as publicações das Diretrizes de 1980 e da Ação Educativa nos Serviços Básicos de Saúde de 1981 — tal ruptura se dá na forma como a comunidade é percebida. No primeiro documento (1980), a comunidade é vista como um grupo de indivíduos que se beneficiaria de mudanças nos seus hábitos de saúde, adquirindo estilos de vida mais saudáveis pelo contato com profissionais de saúde. As opiniões da comunidade são relevantes somente na medida em que elas excluem enfoques coercivos de Educação em Saúde. No segundo documento (1981), no entanto, a comunidade é apresentada



como sendo capaz de promover mudanças relacionadas com a saúde, sem o auxílio de profissionais. O método participativo é baseado na comunidade interagindo com profissionais e contribuindo para encontrar soluções para os problemas. Apesar de a noção de participação não ser problematizada, ela representa uma clara mudança em relação ao documento anterior.

Mas há também alguma continuidade entre os documentos. Ambos contêm expressões (como por exemplo a palavra “destituído”) e referências a certos tipos de problemas sociais (ex.: coleta de lixo, distribuição da água, tratamento de esgoto, etc.) que lembram ao leitor para que público se destinam tais políticas, isto é, os pobres, a ampla maioria da população brasileira, que sofre a falta de condições materiais básicas para viver uma vida decente. A política de Educação em Saúde também poderia ser analisada como uma estratégia de administração e controle de alguns segmentos da população, como o dos pobres<sup>7</sup>. No entanto, referências a problemas tão básicos podem também ser entendidas como um comprometimento para com aqueles que têm sido oprimidos no transcorrer da história brasileira. A questão da participação é uma faca de dois gumes: ela pode tanto significar uma maior apropriação de poder como uma forma de controle.

A passagem de um discurso de “mudanças comportamentais” para “participação” representa uma nova perspectiva para o exercício do bio-poder. A normalidade passa a ser construída de uma forma participativa, ao invés de empregar normas prescritivas de conduta. O processo normalizador ocorre através da criação de normas que, num enfoque participativo, não se concentram nas opiniões dos profissionais, mas são criadas principalmente pelos usuários que pautam suas ações neste referencial compartilhado.

Em 1982, um terceiro documento sobre saúde foi publicado (Ação Participativa: Metodologia, Brasil — Ministério do Trabalho, 1982a: 21-25). Este documento descreve a prática tradicional de Educação em Saúde como uma combinação de métodos e objetivos autoritários e paternalistas que falharam. A ação educativa proposta é baseada na noção de um diálogo entre iguais — comunidade e profissionais. Comunidade e profissionais necessitam reconstruir o respeito pelo conhecimento popular e ambos necessitam desenvolver sua consciência crítica (Brasil — Ministério da Saúde 1982a: 10-11).

Documentos subseqüentes publicados em 1982, 1983 e 1984<sup>8</sup> continuam a contemplar a questão da Educação em Saúde como uma estratégia de participação na saúde. Eles refletem um avanço em termos do discurso sobre participação e construção de poder [*empowerment*] pelos usuários, enquanto que ao mesmo tempo tais documentos colaboram para criar novas perspectivas sobre a administração da vida da população. O enfoque participativo respeita as idéias do grupo e dos indivíduos envolvidos nas atividades de educação para a saúde. Métodos e conteúdos não são impostos, e espera-se que a participação permeie todo o processo. A visão construtivista dá a cada indivíduo os princípios prescritivos de Educação em Saúde, adaptados à sua situação. A estratégia do usuário

e do profissional trabalhando juntos para decidir sobre Educação em Saúde transforma o usuário em co-responsável pelo processo. Assim, através da participação, pode-se evitar uma série de reações (resistência) que ocorreriam se a bordagem fosse de caráter mais impositivo, prescritivo.

Em termos da bio-política, isto significa que o discurso da Educação em Saúde ultrapassa as estratégias repressivas — tais como palestras, exigências em termos de higiene e hábitos saudáveis compulsórios — para chegar à consolidação de táticas construtivas, tais como atividades de grupo e construção de conhecimento comum entre profissionais e pacientes. É interessante notar que as mudanças de discurso não se refletem necessariamente em novas práticas implementadas nos centros de saúde.

Em 1992, um novo documento foi publicado (Educação para a Participação em Saúde, Brasil — Ministério da Saúde 1992) . O prefácio destaca um “novo enfoque” de Educação em Saúde, centrado na participação social, com um modelo pedagógico que enfatiza a troca e a integração de “saberes” como caminhos para uma melhor qualidade de vida. Analisando os documentos da Divisão Nacional de Educação em Saúde do início dos anos 80, não há uma diferença marcante entre o “novo” enfoque descrito e as propostas anteriores do Diretor da Divisão Nacional, no que se refere à busca de alternativas baseadas nos conceitos de democratização do conhecimento sobre saúde, participação comunitária e expansão dos serviços de saúde (Brasil — Ministério da Saúde 1992: 1).

Essa breve análise da política de Educação em Saúde demonstra uma continuidade temática no discurso das políticas de Educação em Saúde, que têm circulado nos anos 80 e 90: a questão da participação. O significado do termo “participação” varia de política para política mas, a partir de 1982, a Educação em Saúde é vista como um “método” para transformar relações de poder. Percebe-se aí uma relação da Educação em Saúde com as Ciências Sociais, uma tendência observada no Brasil e que acompanha o movimento da Promoção da Saúde no cenário internacional. A ênfase na participação deve ser vista não somente como um reflexo do restabelecimento da democracia no Brasil nos anos 80, mas também como parte de uma rede internacional, na qual agências como a OMS e a UNICEF disseminam tendências na área da saúde, as quais precisam ser reconhecidas por países ligados à *network*.

Uma análise de conteúdo dessas políticas de Educação em Saúde revela que elas não se concentram na Educação em Saúde em si mesma— seus métodos, recursos ou tópicos. Ao contrário, elas propõem uma metodologia de participação que é, primeiramente, relativa às Ciências Sociais. Hewit (1991: 243) argumenta que as Ciências Humanas foram trazidas para a administração para diferenciar corpos e para comparar e classificar tipos de habitação, comportamentos e salários. As Ciências Sociais introduziram todos esses aspectos da vida na políticas de saúde. Previamente, eles não eram considerados como parte da saúde. Como conseqüência, os corpos individuais passam a situar-se no cen-

tro das atenções dos profissionais, os quais se tornam capazes, graças à contribuição das Ciências Sociais, de julgar, comparar e padronizar.

Analisando-se o discurso das políticas de Educação em Saúde sobre participação, percebe-se que as políticas sociais podem ser vistas como uma ferramenta para a “circulação” de poder ou como “capilares no corpo social” (Hewitt 1990: 230-231), na medida em que as políticas podem promover relações de poder construtivas na administração do corpo social. No entanto, a metáfora da capilaridade pode criar uma imagem falsa da maneira pela qual as políticas sociais se relacionam à bio-política. A idéia de circulação de poder implica em que seja possível implementar as políticas sociais, como se houvesse uma articulação coerente entre os vários níveis de governo e os responsáveis pela implementação das políticas.

Alguns exemplos do processo de [formulação e implementação de] políticas ilustram a complexidade do conjunto das relações de poder que ocorrem no exercício da bio-política. O que emerge de uma análise da implementação da política federal de Educação em Saúde é a falta de resultados concretos de tais políticas (Gastaldo 1996: 116-119;137-139). Talvez nós devêssemos empregar a terminologia de Easton (citada em Ham 1992: 94-95), que descreve as políticas, neste caso a política brasileira de Educação em Saúde, como a política da inércia. Tradicionalmente, o sistema público de saúde brasileiro discriminava parte da população (aquela que não faz parte da força de trabalho formal); as políticas falhavam em estabelecer objetivos ou uma agenda para a sua implementação em nível nacional; nenhuma supervisão era feita em nível estadual ou municipal, em termos de implementação. Neste contexto, como o discurso de participação torna-se uma prática social junto da população? O caminho escolhido pela Divisão Nacional de Educação em Saúde não foi nada mais do que “dizer” aos postos de saúde para adotarem práticas participativas.

De acordo com informações fornecidas pelos postos de saúde do Rio Grande do Sul em 1993, a participação comunitária é concebida de várias formas. Entre aqueles que mencionaram algum tipo de participação, há referências a comunidades auxiliando em campanhas de vacinação ou redigindo reclamações e pedidos para serem colocados na “caixa de sugestões”. É rara a presença de um representante comunitário (informalmente escolhido ou formalmente eleito) nos postos de saúde.

Examinando a formulação de políticas nos vários níveis de governo, a falta de articulação entre políticas de Educação em Saúde *per se* e políticas de saúde em geral leva ao questionamento de como o poder circula através da política social (Gastaldo 1996: 140-168). A observação da implementação de estratégias nos postos de saúde coloca a mesma questão. Na seleção de prioridades, a profissão e a especialidade do chefe do posto de saúde podem influenciar; o número de profissionais trabalhando e suas visões sobre comunidade podem também impedir a implementação de políticas (Gastaldo 1996: 188-195).

O que o exemplo acima ilustra é que a política social não é uma única corrente de poder, vertical, do nível federal até o local. O processo de promoção do saber e de criação de normas ocorre dentro de uma rede de micropoderes, onde muitas formas de controle e resistência são articuladas. Mesmo quando a política de Educação em Saúde é articulada em todos os níveis de governo e transmite o discurso do governo central para os postos de saúde, o discurso enfrenta resistência a este nível e é reconstruído. A micropolítica entre os responsáveis pela implementação de programas pode ser uma fonte importante de resistência. No contexto brasileiro, percepções pessoais e tradições em Educação em Saúde são tão importantes para os postos de saúde como o são as políticas encaminhadas a eles pelo governo (Gastaldo 1996: 116).

A política de Educação em Saúde pode, assim, parecer uma estratégia insuficiente para a circulação de poder. No entanto, as políticas federais de Educação em Saúde têm sido escritas e distribuídas como uma forma de circulação de idéias. O discurso de participação é o discurso predominante hoje. Talvez este discurso tenha sido aceito em primeiro lugar porque está relacionado ao discurso internacional da Promoção da Saúde, porque alguns formuladores de políticas estavam comprometidos com princípios transformadores, e porque era conveniente para o governo fazer a transição para a democracia. No entanto, tal discurso torna-se mais tarde muito influente na reforma do sistema público de saúde e veio a constituir uma prática em algumas instituições de saúde (Gastaldo 1996: 94-102; 246-255).

A análise do processo de [elaboração e execução de] política desafia a noção simplista de que o governo pode administrar o corpo social através da política social ou de que a política social é uma única e coerente estratégia de poder. O conceito de bio-política pode assim ser entendido, de acordo com o referencial geral de Foucault sobre as relações de poder (1990: 94): o “poder é exercido de inúmeros pontos, no jogo de relações desiguais e móveis [...] na raiz das relações de poder não há oposição binária e totalizante entre os que dão as regras e os que são regrados [...]”.

De fato, os enfoques tradicional e radical são formas extremas de exercício de poder presentes em todos os níveis do processo de [elaboração e execução de] de políticas; essas visões ocorrem paralelamente a discursos e práticas de diferente intensidade. O que acontece no contato entre a população e o sistema público de saúde, em termos de atividade de Educação em Saúde, é, de longe, mais complexo do que é afirmado na política oficial.

## **Política anatômica: aprendendo a ser um cidadão saudável**

O conceito de política anatômica é útil para examinar a experiência do usuário em seu contato com o sistema de saúde. De acordo com Foucault, a política anatômica envolve a docilização de corpos individuais.

*[É]... centrada no corpo como uma máquina: seu disciplinamento, a otimização de suas capacidades, a exortação de suas forças, o crescimento paralelo de sua utilidade e sua docilidade, sua integração em sistemas de controle eficientes e econômicos, tudo isso era assegurado pelos procedimentos de poder que caracterizaram as disciplinas: uma política anatômica do corpo humano. (Foucault 1990: 139)*

A política anatômica tornou-se parte da vida diária, um poder invisível, sem exterioridade, mas emaranhado nas relações de saber, vigilância, e outras relações que disciplinam corpos. Ewald (1992: 169-175) argumenta que a disciplina deixou de assumir uma forma negativa — como, por exemplo, isolar os pobres e loucos da sociedade — para tornar-se um mecanismo que elege como alvo os corpos, com o objetivo de treiná-los. Ewald destaca que:

*As disciplinas não são mais prerrogativa de certas instituições [...] As disciplinas tornam-se onipresentes e libertas, não se dirigindo mais somente a alguém que deve ser punido[...] elas são colocadas a serviço do bem, do bem coletivo, de toda a produção socialmente útil. As disciplinas são dirigidas a todos, sem distinção. (Ewald 1992: 169-70)*

Foucault (1991: 170) afirma que a “disciplina “produz” indivíduos”; indivíduos são objetos e instrumentos desta técnica específica de poder. O processo de disciplinar corpos é também alcançado através de uma regulação meticulosa dos “menores fragmentos de vida” (Foucault 1991: 140). Para os usuários do sistema público de saúde, há regras e normas para o menor procedimento a ser requisitado. Essa experiência de disciplina é reforçada por pequenas punições ou premiações, baseadas na “atuação” individual dos usuários.

Ter acesso aos serviços do sistema público brasileiro de saúde supõe a observação de um conjunto de regras. As regras envolvem vigilância, controle do espaço e códigos de conduta, tanto por parte de pacientes como por parte dos profissionais responsáveis pela assistência. O posto de saúde abre às 7 horas da manhã e há dez fichas para o pediatra, que serão distribuídas para os primeiros da fila. Não é possível obter uma ficha simplesmente dando um telefonema ou escrevendo uma carta. Alguém deve estar fisicamente presente para ganhar a ficha.

Os pacientes ficam muito preocupados em observar apropriadamente os procedimentos da fila. Antes de um posto de saúde ser aberto, os pacientes se organizam na fila de acordo com o número de fichas para cada especialidade, e, entre eles, informam aos excedentes de que há pouca chance de obter-se uma consulta.

Fazer fila é parte da vida dos usuários do sistema público de saúde. Durante o trabalho de campo, no qual este trabalho se baseia, observou-se um paciente no momento de sua chegada ao posto. Ele disse: “Bom dia”, e depois pergun-

tou: “Quem é o último da fila?” O paciente colocou-se no final da fila, em silêncio. Viera ao posto para trocar um curativo.

Não há forma de usar o sistema público de saúde sem ficar por horas em filas. Sendo esta uma experiência compulsória, os “resultados” de tal prática podem ser alarmantes. Antes de o posto abrir, as pessoas ficam esperando de pé, do lado de fora do prédio. Apesar de que nas noites de inverno a temperatura pode oscilar entre 0 e 5°C, mulheres ficam horas na fila com suas crianças. Porque são mães solteiras ou porque seus parceiros começam a trabalhar muito cedo, elas não têm outra alternativa a não ser levar toda a família para o posto de saúde e fazer fila. Cada adulto só pode ter uma consulta por especialista; assim, uma mãe com duas crianças doentes necessita levar um outro adulto junto com ela. Nos postos de saúde observados, os funcionários tentavam arranjar consulta para uma segunda criança, mas para uma terceira era impossível. Isso significaria outra noite na fila.

As observações relativas ao acesso às consultas mostram que o sistema público de saúde estabelece um relacionamento bem particular com os usuários. O usuário não existe para o sistema a não ser que a pessoa esteja fisicamente presente. O corpo tem que estar presente para que a existência da pessoa seja reconhecida e o *status* de paciente seja outorgado.

Este pré-requisito propicia que o sistema público de saúde seja um gerador de experiências de disciplinamento de corpos. Foucault menciona o treinamento de cada parte do corpo para que se alcance a disciplina. No sistema público de saúde, desde a infância, o corpo individual fica parado por horas numa fila, tendo que suportar tempo frio, chuva e a privação de sono. O corpo é mantido sob vigilância e isso contribui para o controle de outros corpos.

Depois de obter uma ficha e de consultar, alguns pacientes serão encaminhados às atividades de Educação em Saúde. Duas experiências de reuniões em grupo observadas durante o trabalho de campo são descritas abaixo, no sentido de ilustrar o potencial da Educação em Saúde — tanto para a submissão dos corpos individuais, quanto para promover a conquista de mais poder [*empowerment*].

Um dos grupos observados (para mulheres grávidas) foi apresentado às pacientes como um espaço no qual elas poderiam falar, resolver dúvidas e discutir assuntos de seu interesse. Não havia nenhum conteúdo específico a ser ensinado. A escolha dos tópicos era das pacientes. Se comparado a outras atividades de Educação em Saúde, este enfoque é mais centrado no paciente.

A dinâmica do grupo foi estruturada pelas pacientes, estes faziam perguntas e os profissionais as respondiam. Os profissionais faziam um esforço para escutar as opiniões das pacientes e suas experiências prévias de gravidez. No entanto, qualquer aspecto técnico levantado (por exemplo, se uma mulher grávida deveria ou não tomar aspirina, se havia ou não algum problema em ir ao dentista) era apresentado diretamente para o médico no grupo. O critério de normali-

dade estava nas mãos do especialista, portanto. A questão do que é ou não é normal foi levantada cinco vezes durante a sessão de uma hora de duração. Abaixo, um diálogo típico:

*Paciente: Às vezes eu durmo e uma substância branca, é tipo um leite, uma coisa muito pegajosa, se espalha na minha roupa. Eu não sei se isto é normal.  
Médico: É normal. Mas também é normal se isto não ocorrer.*

A principal característica desses encontros para mulheres grávidas estava relacionada aos profissionais, especialmente os médicos, que tentavam ter controle da resposta “correta” ou final, reforçando a importância da relação profissional-paciente. Aqui estão alguns outros diálogos ocorridos no mesmo encontro:

*Médico: Teoricamente, todos os médicos sabem quais drogas vocês devem usar ou não. Assim, se o médico recomendar um remédio, vocês podem tomá-lo com confiança...  
Se o bebê mama e a mãe vai ao pediatra periodicamente, e o bebê está aumentando de peso, isso significa que a quantidade e a qualidade de leite que o bebê está recebendo é suficiente... se o bebê não está aumentando de peso adequadamente, o pediatra vai ver.  
Se a pessoa necessita um raio-X, existe uma jaqueta de chumbo que protege a barriga da irradiação, e o médico irá calcular, sempre, o risco e o benefício.*

Através de suas respostas, os médicos reafirmavam às pacientes a confiança que estas deveriam ter em qualquer médico(a). A cidadã grávida saudável é aquela que participa e busca informação, mas também é aquela com um corpo dócil. As informações sobre a saúde são disseminadas entre as pacientes e as pacientes têm o poder de escolher os assuntos que querem discutir, mas o conhecimento científico autoriza os profissionais a controlarem as delimitações da normalidade e dessa forma construir corpos “normais”.

Os pacientes do grupo de hipertensos vêm ao grupo para ter sua pressão verificada e receber medicação. O contato com o médico é usado também para consultas rápidas e eventuais. O que é particular neste grupo é a medicalização da vida cotidiana e a extensão do conceito de saúde através da noção de risco. Em um encontro coordenado por uma enfermeira, os pacientes estavam discutindo sua condição. Os assuntos discutidos incluíam alimentos, atividades físicas, trabalho, programas de televisão, parentes e compras.

No encontro seguinte, o mesmo grupo foi coordenado pelo médico, que levantou a questão das condições físicas do posto de saúde. Durante a discussão, os pacientes revelaram alguns dos códigos de conduta que eram parte do grupo.

*Médico: Aqui no grupo nós somos todos iguais, todo mundo tem o direito de falar. Naturalmente, existem diferenças pessoais; a Dona S., por exemplo, raramente fala. Nós vemos que ela é uma pessoa quieta.*

*Paciente 1: Ela não tem o direito de falar porque ela chega tarde (risadas).*

*Paciente 2: Mas hoje ela chegou cedo.*

*Médico: É, hoje ela chegou cedo. É importante ter direitos, mas também se considerar igual aos outros...*

*Paciente 3: Nós devemos falar quando nós sabemos, mas quando nós não sabemos, nós devemos ficar quietos.*

O encontro teve um caráter político; os pacientes decidiram escrever uma carta e marcar um encontro com o prefeito da cidade para solicitar melhores condições materiais e outras melhorias para o posto de saúde. Como de costume, as negociações sobre quem deveria assumir a responsabilidade de iniciar o processo foram desencadeadas pelo médico.

*Paciente 1: Doutor, por que você não escreve a carta?*

*Médico: Por que eu? É o grupo que deve fazer isso.*

*(Comentários)*

*Médico: Como podemos fazer? Para quem nós devemos enviar a carta?*

*Paciente 2: Para o prefeito, é claro.*

*Médico: Todo mundo concorda?*

*(Todos os pacientes concordam)*

*Paciente 1: Só um pouquinho, quem vai escrever a carta?*

*Paciente 3: Eu me candidato prá caminhar e entregar a carta (risadas).*

*Paciente 4: Nós queremos o posto de saúde funcionando dia e noite.*

A experiência de escrever uma carta, organizar o grupo e encontrar o prefeito para apresentar uma reivindicação é vista aqui como uma prática de educação Educação em Saúde radical. Os pacientes estavam preocupados, por serem pessoas “humildes” e, portanto, não poderem ser recebidos pelo prefeito, e também por não saberem escrever uma carta em bom português. Esse encontro contribuiu para que os pacientes aumentassem seu poder [*empowerment*], no sentido de encorajar a organização comunitária. Ao mesmo tempo, essa experiência envolve a medicalização da vida — a Promoção da Saúde através do acesso ao cuidado médico.

Uma característica deste grupo era que as reclamações sobre as dificuldades inerentes a ser usuário do sistema público de saúde não foram ignoradas, mas discutidas no grupo. A Educação em Saúde, neste caso, tinha a intenção de compartilhar soluções e resistir a formas de controle do corpo individual e social, identificadas pelos pacientes. O ponto importante, no entanto, é que este enfoque não elimina a experiência disciplinadora de o sujeito ser um usuário do sistema público de saúde, nem os mecanismos intrínsecos de poder que impregnam as atividades de Educação em Saúde: supervisão da comunidade, auto-



disciplina como um resultado positivo da prática da Educação em Saúde e a produção de cidadãos saudáveis que expandem o domínio da saúde para a vida em geral.

As atividades de Educação em Saúde podem ajudar a comunidade a desenvolver uma postura crítica que situe a saúde como uma experiência política e sócio-econômica. A organização de grupos no interior da comunidade, um melhor entendimento sobre o corpo e sobre os processos vitais e criação de espaços para a ação política são alguns dos resultados de um enfoque radical para a Educação em Saúde.

A construção do “cidadão saudável” ocorre neste espaço politizado, no caso do contexto da área da saúde. O olhar clínico [*clinical gaze*] sobre a comunidade é realizado não somente pelos profissionais da saúde, mas por qualquer um que esteja envolvido em atividades de Educação em Saúde; os participantes dessas atividades ligam a comunidade com os postos de saúde e levam para a comunidade a noção de um “regime de saúde total”. Saúde, então, torna-se sinônimo de vida.

## É a Educação em Saúde “saudável”?

É “senso comum” afirmar-se que Educação em Saúde é uma prática “saudável”, “boa para todos”. Num país como o Brasil, onde os recursos educacionais são limitados, estar em contato com profissionais da saúde e aprender sobre o seu próprio corpo ou sobre a saúde de uma pessoa da família é, claramente, uma boa oportunidade. Vista sob esta perspectiva, a Educação em Saúde é, realmente, uma prática “saudável”, uma “coisa boa”.

Uma análise mais detalhada desse assunto revela, no entanto, que existe uma grande variedade de práticas de Educação em Saúde, de “boas” a “ruins”, de “saudáveis” a “não-saudáveis”, de práticas de promoção de poder [*empowerment*] a práticas de submissão, de libertação à docilização. A Educação em Saúde promove o poder dos pacientes [*empowerment*] porque a informação que lhes é dada ajuda-os a tomar decisões sobre a sua saúde, levando em conta elementos científicos, sociais e pessoais. Isso oportuniza que eles exercitem autonomia e auto-governo. A dimensão política da Educação em Saúde faz dela um lugar para envolvimento na micropolítica da comunidade, bem como um local de transmissão em cadeia para solicitações dirigidas a diferentes níveis de governo.

Mas a Educação em Saúde também pode significar submissão. Muitas práticas de Educação em Saúde envolvem a imposição de “verdades” sobre a saúde, através das quais o paciente perde controle sobre seu corpo. Ao invés da escolha, o paciente tem a experiência de ter seu corpo ou família governados por critérios alheios aos seus. A educação para a saúde também pode significar

controle pois ela estende o olhar clínico [*clinical gaze*] sobre a população. A Educação em Saúde cobre a maioria das questões relativas à vida e é colocada em prática por uma rede de profissionais, que envolvem áreas da assistência social à psicologia.

Essas duas formas de ver a Educação em Saúde baseiam-se na idéia de que autonomia total e libertação não são possíveis para nenhum ser humano. De acordo com a teoria de Foucault, nenhum processo educacional pode ser somente libertador, pois ao mesmo tempo ele disciplina corpos. Assim, a Educação em Saúde é entendida aqui como sendo tanto promotora de poder [*empowerment*] como de submissão.

A Educação em Saúde é, comumente, tida como sendo uma prática positiva. Práticas e políticas sugerem que a Educação em Saúde não tem sido desafiada em seus elementos constituintes (ex.: práticas de confissão, auto-disciplina, etc), mas tem sido reformada e transformada em seus enfoques estratégicos gerais — de práticas tradicionais para práticas participativas. Como bio-política, a Educação em Saúde está passando de enfoques de administração da população para enfoques construtivos. Como política anatômica, a Educação em Saúde é exercitada através do poder disciplinador da Promoção da Saúde. Saudável ou doente, o “cidadão saudável” se mantém em contato com o sistema público de saúde porque as atividades da Educação em Saúde são para todos, prevenindo doença e promovendo saúde. Assim, a Educação em Saúde, na sua capacidade de expandir os limites das práticas de saúde para junto da comunidade saudável, é um exercício de poder sobre a vida.

Retomando a nossa questão inicial, É a Educação em Saúde “saudável”? a resposta é: ela pode ser. No entanto, a Educação em Saúde certamente contribui para a administração do corpo individual e do corpo social.

### Notas

1. Este artigo é uma tradução de: Gastaldo, D. Is health education good for you? Rethinking health education through the concept of bio-power in Alan Petersen and Robin Bunton (editors). *Foucault, Health and Medicine*. London: Routledge, 1997. A autora acrescentou notas para clarificar alguns pontos que se tornaram dúbios pela tradução.
2. Neste artigo, “Educação em Saúde” foi a expressão escolhida para traduzir “health education”. Em português, utilizam-se as expressões “educação para a saúde”, “educação e saúde” e “educação em saúde” para designar as práticas educativas realizadas no âmbito da promoção da saúde, enquanto em inglês existe apenas uma expressão.
3. No original em inglês, a expressão utilizada é “*health education is good for you*”, que significa tanto “saudável” quanto “bom para você”.

4. As expressões “corpo social” e “corpo coletivo” não são figurativas. Barret-Kriegel (1992:194) comentam que o termo “corpo” representa uma materialidade complexa e múltipla e que falar sobre um corpo social enfatiza sua dimensão física.
5. Ainda não existe em Português um termo ou expressão que traduza com exatidão *Medicine Surveillance*. Optamos por “Medicina de Vigilância”, por aproximar-se mais do sentido dado por Armstrong. Além disso, como o enfoque da autora deste texto é foucaultiano, acreditamos que essa seja a expressão mais adequada.
6. As informações apresentadas nas duas próximas seções foram coletadas no Brasil em 1993, durante o trabalho de campo. A metodologia utilizada é descrita em Gastaldo (1996: 50-70)
7. O relacionamento entre o sistema nacional de saúde e o governo dos pobres é desenvolvido mais amplamente em Gastaldo (1996: 95-117).
8. Documentos publicados nesse período: *Ação Participativa: avaliando experiências* (1982b); *Ação Participativa: educação de recursos humanos* (1982c); *Ação Participativa: produção de materiais educativos* (1983); *Ação Participativa: perspectivas na prática de educação para a saúde* (1984).

### Referências Bibliográficas

- ARMSTRONG, D. (1986) The problem of the whole-person in holistic medicine. *Holistic Medicine*, 1: 1-27.
- \_\_\_\_\_. (1993) Public health spaces and the fabrication of identity. *Sociology*, 27, 3: 393-410.
- \_\_\_\_\_. (1995) The rise of surveillance medicine. *Sociology of Health & Illness*, 17,3: 393-404.
- BARRET-KRIEGEL, B. (1992) Michel Foucault and the police state, in T.J. ARMSTRONG (ed. and trans.) *Michel Foucault philosopher: international conference*. London: Routledge.
- BEATTIE, A. (1991) Knowledge and control in health promotion: a test case for social policy and social theory, in GABE, J., CALNAN, M., and BURY, M. (eds) *The sociology of the health service*. London: Routledge.
- BRASIL. Ministério da Saúde [1980] *Educação em Saúde nas unidades federadas* [Health education in the federation unities]. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1981) *Ação educativa nos serviços básicos de saúde* [Educative action in the health services]. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1982a) *Ação participativa: metodologia* [Participatory action: methodology]. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1982b) *Ação participativa: avaliação de experiências* [Participatory action: evaluating experiences]. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1982c) *Ação participativa: capacitação de pessoal* [Participatory action: human resources education]. Brasília: Ministério da Saúde.

- \_\_\_\_\_. (1983) *Ação participativa: produção de materiais instrucionais* [Participatory action: production of educational materials]. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1984) *Ação participativa: perspectivas de atuação dos educadores de saúde pública* [Participatory action: perspectives on health education practice]. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1989) *Educação em Saúde — diretrizes* [Health education — guidelines]. Brasília: Ministério da Saúde.
- \_\_\_\_\_. (1992) *Educação para a participação em saúde* [Education for participation in health]. Brasília: Ministério da Saúde.
- BUNTING, M. (1994) Eat, drink, and be very provocative. *The Guardian, Interview*, November 12, p. 29.
- BUNTON, R. (1992) Health promotion as social policy, in BUNTON, R. and MACDONALD, G. *Health promotion — disciplines and diversity*. London: Routledge.
- CANGUILHEM, G. (1989) *The normal and pathological*. New York: Zone Books.
- CAPLAN, R. and Holland, R. (1990) Rethinking health education theory. *Health Education Journal*, 49, 1: 10-12.
- CATFORD, J. & Nutbeam, D. (1984). Towards the definition of health education and health promotion. *Health Education Journal*, 43, 2&3: 38.
- CODD, J. (1988) The construction and deconstruction of educational policy documents. *Journal of Education Policy*, 3, 3: 235-247.
- COWEN, M. F. & Gastaldo, D. (1995) *Paulo Freire at the Institute*. London: Institute of Education.
- CRAWFORD, R. (1980) Healthism and the medicalization of everyday life. *International Journal of Health Services*, 10, 3: 365-388.
- DEAN, M. (1992) A genealogy of the government of poverty. *Economy and Society*, 21, 3: 215-251.
- DONNELLY, M. (1992) “On Foucault’s uses of the notion “biopower””, in T.J. ARMSTRONG (ed. and trns.) *Michel Foucault philosopher: international conference*. London: Routledge.
- DREYFUS, H. & Rabinow, P. (1982) *Michel Foucault — beyond structuralism and hermeneutics*. Brighton: Harvester Press.
- EWALD, F. (1992) A power without exterior, in T.J. ARMSTRONG (ed. and trans.) *Michel Foucault philosopher: international conference*. London: Routledge.
- FOUCAULT, M. (1970) *The order of things — an archaeology of the human science*. New York: Random House.
- \_\_\_\_\_. (1973) *The birth of the clinic*. Bristol: Tavistock Publications.
- \_\_\_\_\_. (1976) Governmentality. *Ideology and Consciousness*. London, 6: 5-21.
- \_\_\_\_\_. (1990) *The history of sexuality — an introduction*. London: Penguin. (Volume I)
- \_\_\_\_\_. (1991) *Discipline and punish — the birth of the prison*. London: Penguin.
- FRENCH, J. (1985) To educate or to promote health? *Health Education Journal*, 44, 3: 115-116.

- GASTALDO, D. (1996) *Is health education good for you? The social construction of health education in the Brazilian national health system*. PhD Thesis, University of London.
- GORDON, Colin. Governmental rationality: an introduction, in Burchell, G., Gordon, C., and Miller, P. (eds) (1991) *The Foucault effect: studies in governmental rationality*. Hemel Hempstead: Harvester Wheatsheaf.
- GRIFFITHS, J. and ADAMS, L. The new health promotion, in DRAPER, P. (ed.) (1991) *Health through public policy*. London: Grenn Print.
- HAKOSALO, H. (1991) *Bio-power and pathology*. Oulu: University of Oulu.
- HAM, C. (1992) *Health policy in Britain*. 3rd ed. London: Macmillan.
- HEWITT, M. Bio-politics and social policy: Foucault's account of welfare, in Featherstone, M. et al. (eds) (1991) *The body — social process and cultural theory*. London: Sage.
- JARAMILLO-BETANCUR, E. (1995) Challenges facing health education in Colombia into the next millennium. *International Health Promotion Conference*, London, 10-12 April.
- KICKBUSCH, I. (1990) *A strategy for health promotion*. Copenhagen: World Health Organization.
- LAURA, R. and HEANEY, S. (1990) *Philosophical foundations of health education*. New York: Routledge.
- LUPTON, D. (1995) *The imperative of health — public health and the regulated body*. London: Sage.
- MACQUEEN, I. (1975) *The challenge of health education today*. Public Health, London, 89: 93-96.
- MILIO, N. (1990) Healthy cities: the new public health and supportive research. *Health Promotion International*, 5, 4: 291-297.
- The need for a new paradigm for health — Editorial. *Medical Education*, 26: 173-174, 1992.
- PEDERSON, A., EDWARDS, R., MARSHALL, V., ALLINSON, K., and KELNER, M. (1989) *Coordinating healthy public policy — an analytic literature review and bibliography*. Toronto: Minister of National Health and Welfare.
- PETERSEN, A. (1996) Risk and the regulated self: the discourse of health promotion as politics of uncertainty. *Australian & New Zealand Journal of Sociology*, 32, 1: 44-57.
- PIZZORNO, A. (1992) Foucault and the liberal view of the individual, in ARMSTRONG, T.S. *Michel Foucault philosopher: international conference*. London: Routledge.
- RODMELL, S. & WATT, A. (eds) (1986) *The politics of health education*. London: Routledge.
- ROSE, G. (1992) *The strategy of preventive medicine*. London: Oxford University Press.
- SEEDHOUSE, D. (1986) *Health — the foundations for achievement*. Chichester: John Wiley & Sons.

- SEYMOUR, H. (1984) Health education versus health promotion — a practitioner's view. *Health Education Journal*, 43, 2&3: 37-38.
- TAYLOR, V. (1990) Health education — a theoretical mapping. *Health Education Journal*, 49, 1: 13-14.
- TONES, K. (1990) Why theorise? Ideology in health education. *Health Education Journal*, 49, 1: 2-6.
- WEARE, K. The contribution of education to health promotion, in BUNTON, R. and MACDONALD, G. (eds) (1992) *Health promotion — disciplines and diversity*. London: Routledge.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION (1985) Health promotion — a WHO discussion document on the concept and principles. *The Journal of the Institute of Health Education*, 23, 1: 5-9.

**Tradução de Maria Clara Bueno Fischer**

**Revisão da tradução: Rosa Maria Bueno Fischer**

Denise Gastaldo é PhD em Sociologia pela Universidade de Londres, Inglaterra, e trabalha atualmente como pesquisadora convidada na Faculdade de Enfermagem da Universidade de Montreal, Canadá.

Endereço para correspondência no Canadá:

Faculté des sciences infirmieres  
Université de Montréal  
C.P. 6128, succursale Centre-ville  
Montréal (Québec) H3C 3J7  
Fax: 00.1.514.343.23.06  
E-mail: [gastaldd@ere.umontreal.ca](mailto:gastaldd@ere.umontreal.ca)

Endereço no Brasil:

Rua Adão Bains, 466  
Porto Alegre, RS.  
Cep. 91350-240  
Fax: 051.341.18.40