



REFLEXÃO TEÓRICA

As relações de poder e a práxis informacional em saúde

Power relations and informational praxis in health

Las relaciones de poder y la praxis informativa en salud

Ricardo Bezerra Cavalcante¹, Marta Macedo Keer Pinheiro², Eliete Albano de Azevedo Guimarães³, Mariana Ferreira Vaz Gontijo Bernardes⁴, Talita Ingrid Magalhães Silva⁵

RESUMO

Objetivo: refletir sobre as possíveis relações de poder que se estabelecem na atual práxis informacional em saúde. Para tanto, utilizou-se o referencial de Paul-Michel Foucault, sobretudo suas reflexões acerca do poder e biopoder. **Resultados:** neste estudo, pôde-se compreender que a lógica racionalizadora dos registros e informações em saúde são determinadas por relações de poder. De forma geral as relações de poder são relações de forças não localizadas, emitem efeitos de poder em rede, são construtoras em alguns momentos, em outros, limitadoras. O Biopoder também é exercido neste mesmo contexto, do olhar vigilante do Estado, e também de outros níveis gestores. Poder e biopoder, com suas forças, utilizam da informação para a produção de um saber que normaliza, disciplina e governa. **Conclusões:** é preciso equilibrar estas relações de poder criando estratégias que promovam a democratização do acesso às informações em saúde com vistas ao empoderamento das populações.

Descritores: Teoria da informação; Poder; Sistemas de informação; Informática médica.

ABSTRACT

Objective: To reflect on the possible power relations which are established in the current informational praxis in health. For this, we used the reference of Paul-Michel Foucault, particularly his reflections about power and biopower. **Results:** In this study, we could understand that the rationalizing logic of records and health information is determined by power relations. Overall, power relations are relations forces which do not have a location, which emit effects of power through networks, and are constructive at times, and limiting at other times. Biopower is exercised in this same context, the watchful eye of the State, and also in other managing levels. Power and biopower, and their forces, use information to produce knowledge that normalizes, disciplines and rules. **Conclusions:** We must balance these power relations by creating strategies that promote the democratization of access to health information with the purpose of empowering people.

Keywords: Information theory; Power; Information systems; Health informatics.

RESUMEN

Objetivo: Reflexionar sobre las posibles relaciones de poder que se establecen en la actual praxis informativa en salud. Para ello, se utilizó la referencia de Paul-Michel Foucault, en especial sus reflexiones sobre el poder y el biopoder. **Resultados:** En este estudio, se puede entender que la lógica de la racionalización de los registros e informaciones de salud están determinados por las relaciones de poder. Las relaciones globales de poder son relaciones de fuerza no estática y emiten efectos de poder en red. El biopoder se ejerce también en este mismo contexto, de la atenta mirada del Estado y también de otros niveles directivos. Poder y biopoder, con sus fuerzas, se utilizan de la información para producir un conocimiento que normaliza, disciplina y gobierna. **Conclusiones:** Se debe equilibrar estas relaciones de poder ante la creación de estrategias que promuevan la democratización del acceso a la información sobre salud con el fin de empoderar a la gente.

Descriptores: Teoría de la información, Poder, Sistemas de información, Informática médica.

¹ Enfermeiro. Doutor em Ciência da Informação. Professor do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis(MG), Brasil. ² Pós-Doutorado em Ciência da Comunicação. Professora da Escola de Ciência da Informação da Universidade Federal de Minas Gerias. Belo Horizonte (MG), Brasil. ³ Enfermeira. Doutorado em Ciências da Saúde. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis (MG), Brasil. ⁴ Enfermeira. Universidade Federal de São João Del Rei. Divinópolis (MG), Brasil. ⁵ Enfermeira. Grupo de Pesquisa de Gestão e Organização de Serviços de Saúde e Enfermagem.

INTRODUÇÃO

A construção de um conceito sobre informação em saúde é uma tarefa complexa. Inicialmente pode ser pensada como um conjunto de símbolos, sobre eventos de cuidado em saúde, a serem coletados, armazenados, disseminados e analisados, a partir de uma relação entre uma fonte emissora e uma outra receptora.¹ Entretanto, a informação em saúde toma outros contornos ao se pensar em suas práticas numa sociedade em rede e embebida pelo imperativo tecnológico. Existe um intercampo de informação e informática em saúde atual onde se materializam saberes, práticas e políticas deste campo do conhecimento, a práxis informacional em saúde.² Esta é caracterizada por informações sobre a assistência à população; a regulação, controle e avaliação de serviços; o planejamento em saúde; a saúde suplementar; a vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental, bem como a administração em saúde de forma geral.

Ainda nesta perspectiva de conceituação da informação em saúde e de sua práxis, percebem-se duas grandes correntes que tentam realizar o constructo teórico sobre este campo do saber em saúde.³ A primeira corrente teórica trata a informação em saúde como um conjunto de dados que se analisados e vinculados a um referencial explicativo podem contribuir para decisões em saúde na esfera administrativa. É a quantificação que possibilita as melhores intervenções sobre a população, esta é uma visão tecnicista. De outra forma, a segunda corrente, atribui à informação a qualidade de bem e direito universal do cidadão. É uma visão de que o acesso à informação pode produzir certa cidadania informacional, é o sujeito empoderado, informado e participe do seu processo de cuidado, bem como das decisões políticas em seu entorno.⁴

A informação em saúde também tem sido um campo de conflitos, interesses e disputas em diversos espaços de decisão.^{2,4} Há quem entenda a informação em saúde como um campo despolitizado, vinculado apenas ao aparato técnico e tecnológico, mas isto, de forma intencional, esvaziando as discussões da informação como um direito de todos e um dever do Estado. Enfim, a informação em saúde, na atualidade, tem sido a representação do olhar do Estado e de instâncias que tratam a informação como um bem individual e não coletivo.³ Tal situação necessita ser repensada visando o empoderamento da sociedade para a participação popular num modelo de saúde mais democrático e inclusivo. Neste sentido, para romper com esta concepção hegemônica é preciso compreender as relações de poder estabelecidas na atual práxis informacional em saúde, entender a sua gênese e sua forma de atuação. Assim, informação em saúde e relações de poder serão analisadas em suas relações e interdependências.

As relações de poder, neste estudo, serão discutidas a partir da ótica Foucaultiana. Isto se faz pela necessidade de ampliar o entendimento das relações de poder que se manifestam de forma heterogênea, não localizada e utilizam da informação para sua própria atuação.⁵ Ainda, sob a luz dos estudos de Foucault é importante a reflexão acerca das manifestações do Biopoder que poderiam ser a gênese da concepção da gestão da informação em saúde, bem como as suas práticas no contexto nacional. Desta forma, o objetivo deste trabalho é de refletir sobre as possíveis relações de poder que se estabelecem na atual práxis informacional em saúde.

Poder e informação em saúde

O poder não será visto como algo estático, centrado na figura do Estado, ou em um aparelho social específico, mas global,

heterogêneo, dinâmico, e assim em constantes transformações. A partir deste olhar, o exercício do poder impregna a condução das condutas e intenta no ordenamento das probabilidades.⁵

O Estado não será para Foucault o *locus* único da manifestação do poder, mas uma das possibilidades de manifestação destas relações de poder que o complementa e o ultrapassa. Destacam-se as relações sociais embebidas das manifestações de poder, que podem ser vivenciadas no cotidiano das pessoas, nas relações de trabalho e em vários contextos sociais. Desta forma, o poder é um conjunto heterogêneo que abarca discursos, instituições, organizações, normas, leis, medidas administrativas, enunciados científicos, filosóficos e morais. Este poder intervém sobre o corpo dos indivíduos e das comunidades, penetrando o seu cotidiano e por isso é definido como micro-poder ou sub-poder.⁶ Assim os poderes não estão localizados em um local específico da sociedade, mas formam uma rede de dispositivos e mecanismos sem limites. O espaço de sua atuação não possui fronteiras definidas, pois há sobreposições de atuações. Atuam de forma dispersiva, localizado em lugares particulares como a prisão e o asilo, mas também atuam no interior da sociedade, em lugares, máquinas, nas relações e em instituições. O poder está em todo lugar e em todas as coisas. Não é possível possuir este poder como um objeto, torná-lo propriedade, pois o que existe não é o poder enquanto “coisa”, mas práticas ou relações de poder.

Na perspectiva Foucaultiana o poder possui uma eficácia produtiva sobre o corpo humano. É preciso aprimorar as forças produtivas dos corpos, é preciso gerir a vida dos homens, disciplinar em suas ações para que seja possível e viável utilizá-los ao máximo, aproveitando suas potencialidades e promovendo um sistema de aperfeiçoamento contínuo.⁷ Ainda neste trabalho do poder sobre o corpo, Foucault também destaca a

promoção dos homens dóceis politicamente, desprovidos da capacidade de insurreição e por fim com poucas chances de constituição do contra-poder (resistência). Esta fabricação de homens dóceis, segundo Foucault, serviu à revolução industrial, ao advento do capitalismo e à manutenção da ordem social.

Alguns postulados tradicionais, não Foucaultianos, caracterizam o poder como algo negativo. Neste sentido o poder exclui, reprime, recalca, censura, mascara, esconde e alimenta os interesses de uma classe ou classes hegemônicas. Este é um pensamento generalizado acerca do poder.⁸

Sobre estes postulados, são assim identificados: propriedade, localização, subordinação, essência ou atributo, modalidade e legalidade.⁸ Estes serão tratados em seguida fazendo-se um contraponto com as idéias Foucaultianas.

O postulado da propriedade atribui ao poder uma característica de “coisa” que pode ser possuída principalmente por classes que o conquistaram. Porém para Foucault o poder se constitui como efeito de estratégias, disposições, manobras, táticas, técnicas e funcionamentos que constituem os instrumentos de uma classe.⁵ Desta forma, não há como possuir o poder, conservá-lo para num momento utilizá-lo com um determinado fim. O que repercute são os efeitos de sua existência. Se o poder está agindo, o que se percebe são suas manifestações e relações, conseqüências de sua presença heterogênea e sutil.

O Estado, na visão tradicional, destaca-se como sendo o *locus* do poder. Este é o postulado da localização. A partir deste Estado e seus aparelhos surgiram os planos de controle e exercício do poder sobre os indivíduos e o corpo social. Mas, para Foucault, o Estado é apenas mais um local onde as relações de poder se manifestam.⁵ Surgem neste discurso as sociedades disciplinares, que não podem ser reduzidas a uma instituição ou um aparelho específico,

pois estas sociedades fazem um percurso multidirecional, em vários níveis, dentro dos aparelhos e instituições. Então as relações de poder estão presentes nas sociedades disciplinares, e não apenas no Estado com seus aparelhos. Nestas sociedades disciplinares o corpo é normalizado e corrigido. Forma-se indivíduos dóceis, ativos, eficazes e rentáveis. São efeitos da disciplina sobre o corpo.⁷ Porém a atuação destas forças disciplinares são invisíveis, não tocam o corpo, pelo contrário, ficam na imanência de um olhar vigilante que determina quais práticas serão utilizadas para interiorizar as normas e as regras. Assim, nestas sociedades disciplinares saber e poder se integram para constituir a normalização do sujeito em vários contextos, seja na educação, no exército, nas empresas, e também nas instituições e/ou práticas de saúde, principalmente por meio do “exame” que molda o indivíduo e produz um conhecimento necessário para intensificar a normalização.

O postulado da subordinação determina que o poder estaria subordinado aos modos de produção. Porém a análise Foucaultiana destaca a coexistência do poder e os meios de produção.⁵ A exemplo disto estão os modos de produção utilizados durante a explosão demográfica do século XVIII. O objetivo era extrair dos corpos toda força útil, com o intuito de crescimento da produção e aumento dos rendimentos. Porém as relações de poder não possuem um fim único subordinado à necessidade de crescimento econômico, mas surgem e se manifestam no mesmo espaço que as forças produtivas.

Como terceiro postulado, o poder teria uma essência ou seria um atributo que coloca de um lado os dominantes, que possuem o poder, e de outro lado os dominados, submissos ao processo. Porém, ampliando o olhar, o poder não é característico de uma classe, mas passa por ela, por meio de suas relações e manifestações.⁵ Nesta perspectiva, tanto dominantes como dominados

experimentam os reflexos deste poder heterogêneo, multifacetado e inapropriável.

A modalidade também é um postulado que merece um novo olhar. No pensamento tradicional, o poder agiria por violência ou ideologia, mas para Foucault o poder não se exerce por ideologia e muito menos por violência e/ou repressão. Para Foucault as relações de poder são relações de força com outra força, uma ação sobre outra ação.⁵ Desaparece aqui a imagem do forte que reprime o fraco, pelo contrário não há fortes ou fracos, mas duas forças que se contrapõem se experimentam e se interpenetram. Nesta concepção a verdade é construída pelo poder antes de uma ideologia ser determinante para a construção dos símbolos e seus significados, é o poder produzindo o real antes da repressão. Assim a ideologia e a repressão compõem os dispositivos do poder, mas não o explicam, operam no interior dos mecanismos de controle. Surge aqui mais uma característica da sociedade disciplinar que possui na disciplina um dispositivo tático do poder. Disciplina que se constitui como tática para normalizar o corpo, tornando os aparelhos eficientes.

Por fim, o postulado da legalidade atribui ao Estado a figura do detentor do poder. Isto lhe é imputado a partir das leis que legitimam este poder. Estas leis seriam necessárias para impor as regras que conduzem a um estado de paz. Então o que é ilegal está fora deste projeto, sendo necessária a exclusão. No entanto, para Foucault a lei é uma composição de ilegalismos, pois torna possível o privilégio de algumas classes em detrimento de outras, o que constitui a dominação.⁷ A delinqüência, por exemplo, é uma das figuras destes ilegalismos das leis, pois o delinqüente é aquele que rompe com o discurso legal e, portanto considerado marginal. Ao marginalizado lhe resta a prisão que solidifica ainda mais a delinqüência, pois os seus mecanismos de controle disciplinares reforçam a criminalidade. Nesta perspectiva é

factível que o sistema carcerário não cumpra o seu papel de devolver para uma sociedade legal um indivíduo recuperado, mantém-se o indivíduo patologizado.

Estas idéias gerais sobre o poder em Foucault ganham potência e se materializam no espaço denominado de “informação em saúde”. Este espaço abarca atores, práticas, procedimentos e saberes que se relacionam com a produção, armazenamento, análise, disseminação e tomada de decisões em saúde a partir da informação e suas tecnologias correlatas.^{2,4} Os mesmos autores declaram que existem relações de forças penetrantes neste campo do saber (informação em saúde) regulando os fluxos de informações e desinformação que perpassam o estado, o mercado, a sociedade civil e as comunidades locais, em torno da saúde. Estas forças (relações de poder) são reutilizadas e interiorizadas nas sub-redes locais e setoriais onde se instalam os atores e campos especializados do conhecimento. Percebe-se que informação em saúde e poder estão imbricadas numa interdependência para sua própria atuação. É a conformação de um conjunto atuante (informação e poder) agindo, penetrando, instrumentalizando e produzindo efeitos de poder.

Neste sentido a produção de saber instrumentaliza e potencializa as ações de poder não apenas a partir de um lócus, o estado, mas na rede de relações sociais que é tecida nos espaços de lutas e estratégias. A constituição organizativa da informação em saúde está atrelada ao complexo processo de micropoderes que se estabelece na rede social, onde há focos de instabilidade, riscos, conflitos e interesses.⁴ A informação em saúde produzida, neste sentido, não é isenta de intencionalidades, mas é uma expressão desta conjugação de forças (poderes) e de sua intensidade política, econômica, cultural e até mesmo afetiva.

Enfim, poder e informação se relacionam para produzir efeitos de poder na malha

social, em rede, não localizada, mas multidirecional. A informação em saúde, como produto desta relação de poder, serve aos atores sociais, políticos e econômicos com vistas a normalizar o corpo individual e coletivo, a sustentar as estratégias e táticas de controle, a empoderar o olhar vigilante ou a rede de olhares, e ainda legitima o discurso do que promove saúde, bem como se prevenir de doenças. Esta visão, mais geral, sobre a relação entre informação em saúde e poder ainda pode ser aprofundada a partir das reflexões Foucaultianas sobre o Biopoder.

A genealogia do biopoder: marcos históricos da práxis informacional em saúde

Além da visão geral anterior, Foucault aprofunda suas discussões sobre o poder na saúde a partir do que denominou de Biopoder, que seria uma série de fenômenos vinculados às estratégias políticas sobre o corpo e sobre a vida das populações.⁶ Neste estudo a importância de enveredar pela compreensão da genealogia deste Biopoder se dá pelo fato de que alguns marcos teóricos do campo da informação em saúde estão exatamente na evolução histórica do surgimento do Biopoder.

Até o século XVIII a medicina destinava-se a estudar a doença, suas manifestações e possíveis formas de tratamento. Este direcionamento do saber médico centrava-se na discussão de um corpo individual e enfermo. Porém o Estado começa a se preocupar com a vida, ou melhor, com o controle da vida, e isto não se faz apenas no corpo individual, mas no coletivo. Entra em foco a população e o meio onde acontecem suas relações. Desta forma, a intervenção médica agora é necessária não apenas no nível do corpo individual, mas na população e no meio que a cerceia.⁹

Esta medicalização da medicina, da sociedade e da população para Foucault pode ser atrelada a quatro processos, são eles: a definição da medicina como ciência do estado

e polícia médica; a instituição da medicina urbana; a transformação do hospital em instrumento terapêutico e finalmente a criação de mecanismos de administração médica (registro de dados e estatística).⁶ Nestes processos pode-se verificar também a genealogia da informação em saúde e dos processos atuais de sua conformação. Para alguns autores a gênese da informação em saúde está relacionada à gênese e ao exercício do Biopoder e à sua potência biovigilante.³⁻⁴

Os marcos genealógicos da informação em saúde estão imersos nesse movimento e podem ser encontrados na ruptura da medicina clássica para a medicina moderna (com o pensamento anátomo-clínico e patológico), quando surge um novo significado para a Doença que passa a estar corporificada no indivíduo. As informações em saúde, nos moldes como se expressam até os dias atuais, consolidaram-se como um dos instrumentos estratégicos desse processo, ao amplificar, paulatinamente, o “olhar do médico” sobre o corpo do paciente para o “olhar dos aparelhos de Estado” sobre os “corpos das populações”, constituindo-se em espaço de disputas de relações de poder e produção de saber.^{2:555}

A medicina como ciência do Estado teria surgido na Alemanha no início do século XVIII, nomeada de *Staatzmedizin*, implicava em admitir um saber do Estado voltado para as condições de vida e recursos naturais das populações. Este saber estava fundamentado nas informações estatísticas, definida como *Staatswissenschaft*, e ainda no funcionamento da máquina política estatal. Pode-se dizer que para Foucault o cameralismo e o mercantilismo do século XVII influenciaram o surgimento desta ciência do Estado, pois os modos de governar daquela época ainda eram fundamentados nas regulações das correntes monetárias internacionais, fluxo de mercadorias e a produção da população. Neste cenário os Estados emergentes europeus voltaram o olhar para a saúde das populações, pois eram considerados a grande força que movimentava esta estrutura mercantilista, que produzia riquezas, então era necessário potencializar esta força produtiva por meio de sua saúde. Cabia então a necessidade de submeter esta população a um

enquadramento disciplinar que adestrou, repartiu, distribuiu e fixou segundo os mecanismos disciplinares.⁵ Uma população saudável, eficiente, disciplinada e ativa produz riquezas que alimentarão a política mercantilista.

Porém qual seria o aparelho do Estado que poderia de forma eficiente intervir nas populações com o objetivo disciplinar? Este era um questionamento ainda sem resposta. No entanto, na Alemanha, a polícia médica ou *Medizinische Polizei*, surgiu com o intuito de assumir esta responsabilidade de intervir de forma organizada e ainda de refletir sobre as formas de melhorar a saúde das populações e mantê-las em condições de produzir riquezas. Essa tecnologia de poder pode ser definida como “o conjunto de meios pelos quais pode-se fazer crescer as forças do Estado mantendo-o ao mesmo tempo em boa ordem”.^{5:321} Neste contexto a estatística emerge com o objetivo de dar ao Estado informações sobre as populações e até mesmo sobre os domínios do próprio Estado. É a emergência das estatísticas das populações como objeto a ser apreendido, analisado e compreendido, na perspectiva de promover o avanço de dispositivos de controle que assegurem o desenvolvimento deste corpo social, assegurando a promoção econômica. É o corpo que produz riquezas, útil ao estado, mas se bem controlado. Neste marco histórico pode-se dizer que a estatística, onde o registro dos corpos é anônimo, continua sendo na atualidade, uma forma de se produzir informações em saúde. A produção de indicadores de saúde, a quantificação da produtividade dos profissionais em seu processo de trabalho e os vários cadastros realizados na atualidade são exemplos desta forma de se produzir informação em saúde com o objetivo central de informar ao Estado.³⁻⁴ Neste sentido poder, informação e produção de saber continuam se relacionando numa dependência necessária para controle e manutenção de um *status quo*.

A instituição da medicina urbana é o segundo processo atrelado ao surgimento da medicina social e medicalização da sociedade. Esta medicina urbana surge com as transformações que ocorriam na própria definição das cidades como centros comerciais lucrativos e o local de permanência de grande parte da população. O advento da indústria também contribuiu para exigir destas cidades uma massa operária que movimentasse as máquinas e produzisse as riquezas. A partir desta massa operária “pobre” a manifestação de doenças como a lepra e a peste desencadearam a necessidade do exercício de mecanismos de controle de “exclusão e inclusão” para que a população não fosse contaminada e não prejudicasse a produção das fábricas. No caso da lepra o mecanismo era excluir os leprosos do meio urbano garantindo a purificação dos espaços.

Na peste, o modelo de quarentena, dividia a cidade em setores e subsetores que eram vigiados continuamente, garantindo o registro dos movimentos. Era o momento da ação da polícia médica que visava a produção de uma população sadia. O *modus operandi* da polícia médica em tratar o problema da peste foi um marco para a produção de um saber acerca da saúde e mais especificamente sobre a prevenção de agravos e a promoção em saúde, conceitos estes ainda não trabalhados na época, mas resquícios das discussões atuais do século XXI. Nesta perspectiva, a preocupação não estava centrada apenas na doença, ou na necessidade de hospitalizar para excluir, pelo contrário, o foco da intervenção se delineava dentro de procedimentos de vigilância e controle, cujos objetivos principais eram: manter as cidades limpas e em condições de boa higiene; controlar a circulação do ar, da água, dos alimentos e mercadorias e ainda estudar os elementos essenciais à vida nas cidades. Instala-se aqui um olhar ampliado, passa-se da intervenção médica do corpo para a intervenção nas populações, no coletivo, no ambiente.

O terceiro elemento que compõe o processo de surgimento da medicina social foi a transformação do hospital geral para um ambiente de cuidado terapêutico e de cura.⁵ No início do século XVIII o hospital era um ambiente de assistência, mas também de exclusão. Neste espaço os loucos, prostitutas, doentes e demais marginalizados eram despejados e tratados como possíveis fontes de contaminação. Por isso, deveriam ficar neste ambiente inóspito e desordenado, excluídos de qualquer contato com as populações. Com o advento do estudo do meio ambiente pela medicina, as reflexões sobre o ambiente e sobre a naturalidade das doenças, datadas dos séculos XVII e XVIII, também foram aplicadas ao espaço dos hospitais.

Assim, o hospital geral como um “ambiente de cuidado”, um lugar onde se inseria a naturalidade dos fenômenos patológicos foi repensado a partir de arquitetos e dos primeiros urbanistas.⁵ Tratava-se da organização de um espaço terapêutico voltado para a cura, com o estabelecimento do médico como o centro dos processos de ordenamento do cuidado. Este período histórico é a base fundamental onde serão desenvolvidos os grandes centros hospitalares posteriormente.

Ainda discutindo o advento da medicina urbana e social, pode-se destacar a importância das variáveis do ambiente influenciando os fenômenos relacionados à doença e à própria vida. O olhar sobre a população que se desenvolveu neste período contribuiu para a percepção de que o meio ambiente sofria interferência de uma série de variáveis, como o clima, o ar, a água, os dejetos, a renda, a circulação de mercadorias e até mesmo os hábitos relacionados ao comportamento destas populações.⁵

Desta forma, a gênese das doenças, bem como suas manifestações no corpo social dependia das relações estabelecidas entre o homem, o seu ambiente e as variáveis existentes. Assim o fenômeno natural das

doenças é determinado por uma multicausalidade a ser compreendida e passível de controle por meio das intervenções do Estado. Surge aqui a visão de que a população é um elemento a ser considerado na teoria e na prática econômica, bem como “*um domínio do saber novo que é a economia política*”.^{5:79} Esta população, no entanto, durante a reflexão econômica deve ser controlada, com o objetivo de produção de riquezas. Este ensejo faz surgir uma nova racionalidade governamental, que para Foucault será descrito como dispositivo de segurança ou de regulação.⁵

Por fim, o quarto elemento que justifica a medicalização da sociedade e o advento da medicina urbana é a instauração de mecanismos de registros que produzem informações sobre a saúde, doenças e agravos relacionados às populações. Este marco histórico é um sinal do tipo de práxis informacional que se desenvolveria na saúde. A partir deste olhar vigilante, por meio da estatística, o médico torna-se o grande conselheiro e o grande perito senão na arte de governar, pelo menos na de observar, de corrigir, de aprimorar o corpo social e de mantê-lo num estado permanente de saúde.⁶

Assim, o conceito de Biopoder, na perspectiva de Foucault, nasce da articulação entre os quatro processos históricos, já descritos, e que também marcam a genealogia da práxis informacional em saúde atual.² Estes quatro processos são a medicina como ciência do estado e polícia médica; a instituição da medicina urbana; a transformação do hospital em instrumento terapêutico e os mecanismos de administração médica. Em suma, pode-se dizer de uma práxis (práticas, teorias e políticas) informacional com características marcantes destes quatro processos.

O primeiro é a concepção de que esta práxis deve atender às demandas informacionais de controle do Estado sobre a população e do médico sobre o indivíduo. A segunda característica é a necessidade de

informações que subsidiem o controle coletivo produzindo populações dóceis e saudáveis. A terceira está atrelada à necessidade de produzir informações que possam instrumentalizar o processo decisório pautado na ciência da doença, do indivíduo institucionalizado, hospitalizado, é a disciplina sobre o corpo por meio do exame e da terapêutica prescritiva. A quarta característica da forma de produção e gestão da informação em saúde atual está relacionada aos mecanismos de administração da informação médica, tendo os sistemas de informações atuais, como tecnologias de controle que fragmentam o indivíduo.

Para Foucault o Biopoder é o poder sobre a vida, porém possui algumas dimensões, são elas a anatomopolítica dos corpos (os mecanismos disciplinares) e a biopolítica das populações (mecanismos de regulação e de segurança).¹⁰ É nesta articulação entre anatomopolítica e biopolítica que teriam surgido esse poder e saber sobre a vida. Há entre ambos uma complementaridade funcional.¹¹ A tecnologia anatomopolítica vai utilizar de mecanismos disciplinares para regular os indivíduos, já a tecnologia biopolítica não vai se aplicar apenas ao corpo individual, mas ao corpo coletivo, a população. Assim, anatomopolítica e biopolítica se complementam na tentativa de extrair, maximizar e otimizar a vida e as forças que a vida pode gerar, tanto no plano individual como no do conjunto vivente.⁹

A população, enquanto o objeto de estudo da biopolítica, possui duas dimensões a biológica e a da naturalidade. A dimensão biológica diz respeito aos fenômenos decorrentes da espécie humana, da vida e das possibilidades de desenvolvimento patológico. A dimensão da naturalidade se refere ao conjunto de variáveis que incidem sobre o “público”. Este é o objeto dentro da dimensão da naturalidade. Assim, o público é a população com seus modos de vida, seus comportamentos, seus conceitos e pré-

conceitos. Aqui deve incidir os métodos de intervenção por meio da educação, das campanhas de conscientização e ainda é o *locus* de manifestação da gestão governamental, ou seja, da condução das condutas. A governamentalidade faz parte de uma tríade constituída pela soberania, pela disciplina e pela gestão governamental.⁵ Esta última tem como alvo principal a população e para isso usa os dispositivos de segurança. Estes dispositivos de segurança manifestos na gestão governamental ou biopolítica incidem sobre a população com o objetivo de modificar os elementos e as variáveis que a afetam.⁹

É na promoção do exercício de um Biopoder que a práxis informacional em saúde atual ganha a sua função predominante. Ambos, anatomopolítica e biopolítica, influenciam a natureza do processo de coleta, produção, armazenamento, disseminação e análise das informações em saúde.^{2,4} Na perspectiva anatomopolítica, a informação instrumentaliza a disciplina individual, a normalização do corpo, o exame, a terapêutica prescritiva, a ordem da prevenção de doenças e a necessidade da promoção da saúde.

Os corpos modernos estão sendo impregnados com informações que normalizam, disciplinam, intentam e produzem verdades.¹² A produção de informações em saúde sobre o indivíduo tem sido, na atualidade, a produção de verdades do próprio sistema de saúde que se deseja implantar, de suas características, de suas políticas, bem como de seus entraves. Sob a ótica da biopolítica, as populações informam ao Estado, aos profissionais e às instâncias gestoras sob o seu estado de saúde/doença/cuidado. Porém, não a partir de uma livre iniciativa, mas como uma condição já determinada pela política de informação, na prática, instaurada. Onde a população informa e permite a disseminação de suas informações, mas não são partícipes

do processo de análise de sua própria condição de saúde.³⁻⁴ A cidadania informacional, em saúde, tão aclamada, ainda não se concretizou.⁴

Enfim pode-se dizer que “A produção de saúde está imbricada com diversos modos de poder. A sua potência biopolítica é maior que o que supõem muitos gestores”.^{13:799} O autor defende a necessidade de que a cidadania seja exercida na capilaridade onde as relações de poder são manifestas, no próprio território. Assim, há que desenvolver o “contra-poder”, mas como um exercício contrário aos excessos de poder, propondo uma relação clara do fluxo informacional e da produção de saúde. É o que se pretende por meio da democratização das informações em saúde, que preconiza a necessidade de promoção do acesso a informação em saúde, bem como a inclusão informacional em saúde. Isto se daria de algumas maneiras.² A primeira seria a necessidade do Estado se tornar mais transparente em relação ao direito universal de acesso às informações em saúde por meio da inclusão da população, profissionais e gestores, não só na coleta de dados, mas nas possibilidades de análise e escolhas de decisões a serem tomadas.

A segunda maneira de democratizar o acesso às informações em saúde advém da necessidade de compreensão das informações disponibilizadas, bem como as suas limitações. A terceira maneira se daria pela apropriação das informações que revelem os condicionantes e determinantes da situação de saúde vivenciada pelos cidadãos. Por fim, os autores supracitados, apresentam a necessidade do estabelecimento de mecanismos de participação de representantes da população e profissionais no processo de definição da política de informação em saúde.¹⁴⁻¹⁵

Considerações finais

No setor da saúde a lógica racionalizadora dos registros e informações é determinada por

relações de poder. É preciso limitar estas relações de poder criando estratégias que ampliem o controle social alterando o olhar patológico sobre o corpo das populações.

A práxis informacional, no Brasil, traz em seu arcabouço histórico um contexto em que a informação se constituía num recurso estratégico da “polícia política”. Este mecanismo garantiria o controle da sociedade, dos meios de comunicação e dos indivíduos, mantendo-os em uma posição de aceitação do Estado e suas políticas. Os sistemas de informação construídos neste período estavam dotados de intencionalidades que ampliavam o olhar do Biopoder vigilante. Situação que parece continuar na atualidade.

Por meio deste estudo pode-se compreender que as práticas relacionadas à informação em saúde mantêm uma realidade definida como política pelo Estado sobre o *corpus* social. Isto representa manifestação da biovigilância. No entanto, este olhar não é apenas do Estado, faz parte, dos demais níveis de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) que também exercitam esta vigilância sobre o corpo social e dentro de uma intencionalidade particular, em alguns momentos mantendo o corpo social sadio, em outros momentos mantendo o bem-estar político entre Estado e federações. Nesta perspectiva existe uma manutenção do *status quo* informacional favorecido por práticas determinadas e determinantes sobre os indivíduos, seus corpos, e sobre o coletivo.

Entretanto, com a evolução da sociedade brasileira e a mudança do modelo de assistência a saúde vislumbra-se cada vez mais a necessidade de romper com este *status quo* informacional. Nesta perspectiva, a 12ª Conferência Nacional de Saúde discutiu e avaliou a necessidade de elaboração e implementação de uma política de informação, comunicação e informática para o SUS.

Nesta conferência um dos objetivos foi democratizar o acesso à informação,

comunicação e informática em saúde, e desta forma ampliar o controle social. Isto garantiria o efetivo conhecimento do SUS, sua legislação, a realidade epidemiológica, assistencial, financeira, política, bem como acompanhar e avaliar a gestão desenvolvida nos níveis municipal, estadual e federal. Aqui estariam inseridas as possibilidades de limite da atuação do Biopoder, pois os sujeitos políticos participam da vida social em proporção ao volume e qualidade das informações que possuem, se apropriam da mesma, e desta forma intervêm como produtores do saber. No entanto, ainda é obscura a possibilidade de exercício do controle social em uma sociedade individualista e consumista, onde o lucro e o prestígio são o centro da intencionalidade.

REFERÊNCIAS

1. Silva AX, Cruz EA, Melo V. A importância estratégica da informação em saúde para o exercício do controle social. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Jan 15;12(3):683-5.
2. Moraes IHS, González de Gómez MN. Informação e informática em saúde: caleidoscópio contemporâneo da saúde. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2007 Jan 15;12(3):553-65.
3. Branco MAF. Informação e saúde: uma ciência e suas políticas em uma nova era. 1ª ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 2006.
4. Moraes IHS. Política, tecnologia e informação em saúde: a utopia da emancipação. 1ª ed. Salvador: Casa da Qualidade; 2002.
5. Foucault M. *Microfísica do poder*. 26ª ed. Rio de Janeiro: Editora Graal; 2008.
6. Foucault M. *Security, territory, population: lectures at the College de France 1977-1978*. 1th ed. New York: Picador; 2009.
7. Foucault M. *Vigiar e punir: história da violência nas prisões*. 37ª ed. Petrópolis, RJ: Vozes; 2009.
8. Wellausen SS. Os dispositivos de poder e o corpo em Vigiar e Punir. *Rev Aulas. Dossiê Foucault*. 2007 Mar 20;3(1)1-23.

9. Martins LAM, Junior CAP. Genealogia do Biopoder. *Psicologia & Sociedade*. Belo Horizonte; 2009 Mar 28;2(21)157-65.
10. Foucault M. The birth of biopolitics: lectures at the College de France, 1978-1979. 1th ed. New York: Picador, 2010.
11. Artières P, Potte-Bonneville M. D'après Foucault: Gestes, lutes, programmes. 1st ed. Paris:Les Prairies Ordinaires, 2007.
12. Sibilia P. Etéreas prisões do corpo: da alma (analógica) a informação (digital). In: Queiroz A., Cruz NV, organizadores. Foucault hoje?. Rio de Janeiro: 7letras; 2007.p.130-139.
13. Lancetti A. Notas sobre humanização e biopoder. *Interface (Botucatu)*. 2009;(13 Suppl 1):S797-9.
14. Brasil, Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Política Nacional de Informação e Informática em Saúde - Proposta versão 2.0 (Inclui deliberações da 12ª Conferência Nacional de Saúde). Brasília: Editora do Ministério da Saúde; 2004.
15. Cavalcante RB, Bernardes MFVG, Cunha SGS. Profile of users of a health information system: considering the multidisciplinary team. *Rev enferm UFPE on line [Internet]*. Jul 2011 [cited 2012 Out 15];5(5):[about 8 p.]. Available from: <http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1664>

Recebido em: 28/05/2014

Versão final reapresentada em: 28/10/2014

Aprovado em: 01/11/2014

Endereço de correspondência

Ricardo Bezerra Cavalcante
Av. Amazonas 1619 apto 102 São José, Divinópolis-
MG
Email: ricardocavalcante@ufsj.edu.br