

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA**

**LUIS HENRIQUE MOURA FERREIRA**

**DE QUE FAMÍLIA CUIDA A SAÚDE DA FAMÍLIA?  
Os efeitos de poder nas relações de cuidado entre Equipe e  
Famílias**

**SÃO CARLOS  
2015**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO CARLOS  
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GESTÃO DA CLÍNICA

**LUIS HENRIQUE MOURA FERREIRA**

DE QUE FAMÍLIA CUIDA A SAÚDE DA FAMÍLIA?

Os efeitos de poder nas relações de cuidado entre Equipe e  
Famílias

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal de São  
Carlos para obtenção do Título de Mestre junto  
ao Programa de Pós graduação em Gestão da  
Clínica.

Área de concentração em Gestão da Clínica.

Orientação: Prof Dr. Wagner dos Santos  
Figueiredo

Co-orientação: Profa Dra. Luciana Nogueira  
Fioroni

**SÃO CARLOS  
2015**

**Ficha catalográfica elaborada pelo DePT da  
Biblioteca Comunitária da UFSCar**

F383fc

Ferreira, Luis Henrique Moura.

De que família cuida a saúde da família? Os efeitos de poder nas relações de cuidado entre equipe e famílias / Luis Henrique Moura Ferreira. -- São Carlos : UFSCar, 2015. 130 f.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal de São Carlos, 2014.

1. Programa Saúde da Família (Brasil). 2. Governamentalidade. 3. Cuidado. 4. Família. 5. Construcionismo social. 6. Estratégia saúde da família. I. Título.

CDD: 362.82 (20<sup>a</sup>)



## FOLHA DE APROVAÇÃO

**Luís Henrique Moura Ferreira**

**“ DE QUE FAMÍLIA CUIDA A SAÚDE DA FAMÍLIA? OS EFEITOS DE PODER NAS  
RELAÇÕES DE CUIDADO ENTRE EQUIPE E FAMÍLIAS”.**

Trabalho de Conclusão de mestrado  
apresentado à Universidade Federal  
de São Carlos para obtenção do  
Título de Mestre junto ao Programa  
de Pós-graduação em Gestão da  
Clínica.

**DEFESA APROVADA EM 09/10/2014**

### **COMISSÃO EXAMINADORA:**

Prof. Dr. Wagner dos Santos Figueiredo - UFSCar

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Thereza Couto - USP

Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Marcia Niituma Ogata - UFSCar

## RESUMO

Este trabalho adotou a Estratégia Saúde da Família (ESF) como lócus de pesquisa. A ESF é a resposta do Estado brasileiro para a organização e efetivação da Atenção Básica. Analisa-se a ESF como um dispositivo estratégico na arte de governar a população que adota a família como instrumento central para desenvolver mudanças epidemiológicas, a partir do conceito de Governamentalidade, um exercício de poder inserido na relação entre segurança, população e governo. Alguns efeitos desse poder são normalização de condutas, medicalização da vida, imposição de estilos de vida considerados saudáveis a partir de tecnologias políticas, que investem sobre o corpo, a saúde, as maneiras corretas de se alimentar, de morar, de viver e se relacionar, enfim de todo um espaço de existência. Este trabalho tomou como objeto de estudo as práticas de cuidado da ESF, analisando como estas podem determinar os modos de vida e subjetivação das famílias que são atendidas, para isso adotou-se o referencial teórico da analítica de poder de Michel Foucault. A partir da perspectiva do Construcionismo Social, foram analisados documentos oficiais do Ministério da Saúde e observado o cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família, analisando as práticas discursivas presentes nestes diferentes campos de pesquisa. O processo dessa investigação resultou na possibilidade de analisar e relacionar os sentidos de três práticas discursivas : Famílias, Poder e Cuidado. Na análise documental três núcleos de sentidos foram discutidos: (1) como o modelo de atenção da ESF a aproxima de um dispositivo de governamentalidade ; (2) os sentidos de família tratados nos documentos, o destaque se dá nas normas criadas sobre famílias, e como esta é uma importante estratégia para o bom governo da população ; (3) o lugar estratégico que ocupam as práticas discursivas sobre Cuidado e Humanização presentes nos documentos e as mudanças que elas impulsionam às práticas de cuidado. Na observação participante, relata-se 3 situações vivenciadas no campo, discute-se a partir destes relatos os principais sentidos das praticas concretas de cuidado da equipe e os efeitos de poder sob as famílias. Nas considerações finais discute-se as três práticas discursivas que compuseram este trabalho : Poder, Famílias e Cuidado, delineando possíveis caminhos que contribuam para o movimento da Gestão da Clínica e do Cuidado, e indicando práticas de cuidado da ESF de forma a possibilitar um encontro ético e humanizado entre trabalhador e usuário que gere autonomia, emancipação a crescimento para esses diferentes atores.

**Palavras Chave** : Estratégia Saúde da Família; Governamentalidade; Cuidado; Família; Construcionismo Social.

## ABSTRACT

This study adopted the Family Health Strategy (FHS) as the locus of research. The FHS is the Brazilian government's response to the organization and execution of Basic Health Care. Analyzes the FHS as a strategical dispositive in the art of governing the population which adopts the family as a central instrument for developing epidemiological changes, based on the concept of Governmentality, an exercise of power inserted in the relationship between security, population and government. Some effects of this power are normalization of conduct, medicalization of life, imposing lifestyles considered healthy from political technologies that investing on the body, health, the right ways to eat, to live and interact, in some an entire space of existence. This work has taken as its object FHS care practices, analyzing how they can determine the ways of life and subjectivity of families who receive assistance, for it adopted the theoretical framework of analytical power of Michel Foucault. From the perspective of Social Constructionism, were analyzed official documents from the Ministry of Health and observed the daily work of a family health team, analyzing the discursive practices in these different fields of research. The process of this investigation resulted in the possibility to analyze and relate the meanings of three discursive practices: Families, Power and Care. In the documentary analysis, three groups of meaning were discussed: (1) as the FHS healthcare model approaches of a Governmentality dispositive; (2) the meanings of family treated in the documents, the highlight occurs in the created norms on families, and as this is an important strategy for the good government of the population; (3) the strategic position that discursive practices of Care and Humanization occupy in the documents and the changes they propel to care practices. In participant observation, we report three situations experienced in the field, it is argued from these reports the main meanings of team care concrete practices and the effects of power in families. In the final considerations discusses the three discursive practices that made up this work: Power, Families and Care, tracing possible ways that contribute to the movement of Clinical and Care Management, and indicating FHS care practices in order to enable a ethical and humane meeting between worker-user which generates autonomy, emancipation growth for these different actors.

**Keywords** : Family Health Strategy; Governmentality; Care; Family; Social Constructionism.

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES E TABELAS

<b>Tabela 1</b> – Documentos selecionados para análise .....	<b>54</b>
<b>Figura 1</b> – A saúde bate a porta .....	<b>59</b>
<b>Figura 2</b> - Taxa da presença da palavra cuidado ao longo dos documentos .	<b>71</b>
<b>Tabela 2</b> – Distribuição de profissionais por categorias .....	<b>80</b>

## SUMÁRIO

<b>Introdução</b> .....	<b>9</b>
Delineando o percurso do texto .....	11
Referencial epistemio-teórico-metodológico .....	13
<b>Capítulo 1 – Famílias e Estratégia de Saúde da Família:</b>	
Governamentalidade, sentidos e políticas públicas .....	20
Família: dispositivo estratégico na arte de governar .....	20
Alguns sentidos históricos sobre Famílias.....	23
As famílias nas políticas públicas: A Estratégia de Saúde da Família.....	28
<b>Capítulo 2 – Entre o Poder e o Cuidado: efeitos na subjetividade e</b>	
<b>na determinação dos modos de vida.....</b>	<b>37</b>
Poder: vida, morte e racismo .....	37
Do Cuidado de Si ao Cuidado nas práticas de saúde: invenção de si,	
resistência, protagonismo, liberdade.....	46
<b>Capítulo 3 – Procurando sentidos em documentos oficiais: Análise</b>	
<b>documental .....</b>	<b>53</b>
Sobre o corpus .....	53
Núcleos de sentido.....	55
Estratégia Saúde da Família (ESF) como um dispositivo de	
Governamentalidade .....	56
Algumas práticas discursivas sobre famílias: o lugar da norma nas estratégias	
de Governamentalidade .....	63
A emergência do cuidado e da Humanização nas práticas de saúde .....	70
Algumas considerações .....	74
<b>Capítulo 4 – Análise do cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da</b>	
<b>família .....</b>	<b>77</b>
Caracterização da observação participante e do campo de pesquisa.....	77
Notas sobre a apresentação do trabalho de campo .....	79
Situação 1 .....	81
Situação 2 .....	86
Situação 3 .....	90
Algumas Considerações .....	95
<b>Considerações Finais .....</b>	<b>99</b>

<b>Referências .....</b>	<b>103</b>
<b>Apêndice A - Lista de documentos do Corpus .....</b>	<b>109</b>
<b>Apêndice B</b> Exemplificação das árvores de associação de idéias da análise documental .....	<b>115</b>
<b>Apêndice C</b> Roteiro do observação .....	<b>119</b>
<b>Apêndice D</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Observação Participante dos Profissionais .....	<b>121</b>
<b>Apêndice E</b> Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Observação Participante dos Usuários .....	<b>123</b>
<b>Apêndice F</b> Árvores de associação de idéias da observação participante ..	<b>125</b>

## Introdução

A Estratégia de Saúde da Família (ESF) é a resposta do Estado brasileiro para a organização e efetivação da Atenção Básica. A ESF surgiu como um programa concebido pelo Ministério da Saúde em 1994, a partir de diversas experiências exitosas em municípios brasileiros, com destaque para o trabalho dos agentes comunitários de saúde, e posteriormente foi definida como estratégia oficial para a Atenção Básica. De acordo com o documento oficial do Ministério da Saúde, a ESF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades sociais (TRAD ; BASTOS, 1998; MERHY ; FRANCO, 2003).

Neste trabalho propomos analisar a ESF como uma forma de exercício de poder, que Foucault (2010) denomina de *governamentalidade*. Os estados modernos teriam se constituído a partir do surgimento do problema da *população*, desenvolvendo uma arte de governo, que Foucault denomina de governamentalidade, um exercício de poder inserido na relação entre segurança, população e governo. O objetivo final dos estados modernos seria gerir a segurança e a vida da população, através de uma arte de governo responsável pelo aumento da riqueza, duração de vida e saúde. O exercício deste poder tem um caráter constitutivo e determinante na produção de modos de subjetivação, da elaboração do cotidiano da população, e sujeição dos corpos. Alguns efeitos desse poder são normalização de condutas, medicalização da vida, imposição de estilos de vida considerados saudáveis a partir de tecnologias políticas, que investem sobre o corpo, a saúde, as maneiras corretas de se alimentar, de morar, de viver e se relacionar, enfim de todo um espaço de existência. (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2010)

A ESF é entendida como um dispositivo estratégico na arte de governar a população que adota a *família* como instrumento central para desenvolver mudanças epidemiológicas. Torna-se fundamental entender como se estruturam as relações de cuidado das famílias pela ESF, analisadas a partir dos efeitos de saber-poder.

Aliados à perspectiva do Construcionismo Social (SPINK, 2004 ; MELLO et al, 2007 ; SPINK, 2010a) temos como objetivo compreender os efeitos de saber-poder das práticas de cuidado a partir da análise das práticas discursivas de documentos oficiais e da observação do cotidiano de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. Especificamente :

- Compreender as práticas discursivas e os sentidos sobre Famílias e Práticas de cuidado presentes nos documentos oficiais e nas práticas discursivas dos profissionais;
- Identificar as estratégias e práticas de cuidado que os profissionais utilizam nos cotidianos de trabalho da ESF;
- Identificar o posicionamento das famílias frente às práticas de cuidado na ESF;
- Analisar os efeitos de saber-poder das práticas de cuidado.

A partir disto, quatro esferas compõe a justificativa desta pesquisa. A primeira diz respeito a um recorte teórico-crítico em que se faz necessário perguntar e investigar se a ESF funcionaria como um dispositivo de governamentalidade? Se a ESF se apropria dos biopoderes em seus modos de operar controlando, fiscalizando, vigiando e impondo estilos de vida considerados saudáveis à população por quem se responsabiliza? E se opera desta maneira, por que meios tem feito isso? Na medida em que a ESF tem o cuidado das famílias como centralidade, e as estratégias de governamentalidade tornam a família um instrumento para desenvolver os dispositivos de segurança e controle, a família se torna um objeto de estudo privilegiado para o estudo das relações de poder na ESF. E ainda de acordo com Foucault é importante estudar como as grandes estratégias de poder se incrustam, se capilarizam e encontram suas condições de exercícios em micro-relações de poder (FOUCAULT, 2009).

Em segundo lugar, a esfera de um campo de investigação científica e social da interface entre psicologia social e saúde coletiva, em que se torna necessário compreender como a psicologia social inserida na saúde coletiva pode pensar os efeitos dessas relações de poder na construção de

subjetividades dos profissionais e das famílias (SPINK, 2003; 2007A; 2007B 2010B).

Em terceiro lugar, a esfera prática-reflexiva, do trabalho em saúde, em que se insere no movimento de pensar a gestão da clínica e, mais especificamente a gestão do cuidado realizado pelas equipes de saúde da família, de modo a tornar este cuidado ético, humanizado e comprometido com a emancipação e o respeito pela subjetividade e a diferença entre as pessoas. Assim, é importante compreender que tipo de práticas discursivas e saber-poder dão forma à clínica praticada pelas equipes de saúde da família.

Por último, uma esfera pessoal, em que como profissional psicólogo, em minha experiência profissional na ESF, observei constantemente os efeitos de poder advindos do cuidado realizado pelos profissionais, concretizando diversas situações problemáticas e muitas vezes iatrogênicas para o cuidado. Cabe aqui deixar claro que além de pesquisador também ocupo a posição de trabalhador da saúde, inserido na Estratégia Saúde da Família. Esta pesquisa, portanto, nasce das reflexões e inquietações da minha prática profissional e pôde ser amadurecida e trabalhada no contexto do Mestrado Profissional. Com este trabalho, pretendi dar visibilidade para estas situações e pensar em formas de realizar um cuidado que gere efeitos de autonomia, emancipação e que esteja comprometido com uma clínica da diferença.

### **Delineando o percurso do texto**

A fim de dinamizar a leitura deste trabalho, traçamos nesta seção o percurso do texto. Este trabalho tomou como objeto de estudo as práticas de cuidado da ESF, analisando como estas podem determinar os modos de vida e subjetivação das famílias que são atendidas, para isso adotamos o referencial teórico da analítica de poder de Michel Foucault. Analisamos documentos oficiais do Ministério da Saúde e observamos o cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família analisando as práticas discursivas presentes nestes diferentes campos de pesquisa.

O processo dessa investigação resultou na possibilidade de analisarmos e relacionarmos os sentidos de três práticas discursivas : Famílias, Poder e

Cuidado. O esforço realizado é de que a sinergia dessas práticas discursivas possibilitem refletirmos sobre as práticas de cuidado da ESF de forma a possibilitar um encontro ético e humanizado entre trabalhador e usuário que gere autonomia, emancipação e crescimento para esses diferentes atores.

Nesta introdução trataremos das questões epistemológicas e do contexto de produção deste trabalho. A pesquisa está alicerçada epistemologicamente no construcionismo social, na vertente das *práticas discursivas e produção do sentido no cotidiano*, uma postura epistemológica em consonância com a busca do caráter qualitativo e de uma análise do poder (SPINK, 2004; 2010a). Além disso, a pesquisa está contextualizada na interface da saúde coletiva com a psicologia social (SPINK, 2003, 2007b).

No capítulo I, o objetivo foi criar subsídios para compreender as práticas discursivas sobre Famílias. Realizamos isso a partir de três operações: a primeira relacionando as práticas de cuidado com as famílias ao referencial teórico da análise de poder, a partir do conceito de *governamentalidade* de Michel Foucault. Em seguida, realizamos um resgate histórico das práticas discursivas sobre família, focando os sentidos sobre as famílias pobres. No final, focamos na questão das políticas públicas centradas na família, e em especial a Estratégia Saúde da Família, relacionando com os objetivos desta pesquisa.

No segundo capítulo, o objetivo foi criar suportes teóricos para compreendermos a análise de poder de Foucault. Em um primeiro momento, realizamos um percurso teórico sobre o pensamento deste autor, a fim de conceituar o que seriam os efeitos de saber-poder que atuam nas formações subjetivas e na determinação de modos de vida. Na segunda parte do texto, tratamos das práticas discursivas sobre Cuidado<sup>1</sup> que nesta pesquisa tomam o sentido de apontar as possibilidades de impor mudanças às práticas de cuidado, impulsionando o desenvolvimento da dimensão ético-prática das ações em saúde, colocando em foco a relação do trabalhador com o usuário de

---

<sup>1</sup> Neste trabalho diferenciamos *Cuidado* de *práticas de cuidado*. O primeiro termo refere-se à dimensão filosófica-conceitual, já o segundo refere à dimensão prática do trabalho em saúde, da relação concreta que se estabelece entre trabalhador e usuário dos serviços de saúde. A proposta é analisar como essas práticas discursivas de Cuidado podem catalisar e impulsionar mudanças nas práticas de cuidado.

saúde. O Cuidado, além disso tem o potencial de colocar o usuário dos serviços de saúde como ator e protagonista da sua vida. Fazemos um percurso sobre o conceito de Cuidado: em um primeiro momento entendendo o conceito de *cuidado de si* na obra de Foucault e em um segundo momento entendendo como o conceito de cuidado está presente em algumas produções da saúde coletiva brasileira.

No terceiro capítulo, apresentamos os resultados do trabalho de análise de documentos oficiais do ministério da saúde. A partir da análise das práticas discursivas nestes documentos, tratamos de 3 núcleos de sentidos: em um primeiro ponto tratamos do modelo de atenção da ESF e como algumas dessas características aproximam a ESF de um dispositivo de governamentalidade. Em seguida, elencamos alguns sentidos de família tratados nos documentos, o destaque se dá nas *normas* criadas sobre famílias, e como esta é uma importante estratégia para o bom governo da população. No final, tratamos do lugar estratégico que ocupam as práticas discursivas sobre Cuidado e Humanização presentes nos documentos e que tipo de mudanças elas impulsionam às práticas de cuidado.

No quarto capítulo, apresentamos o trabalho de observação participante realizado com uma equipe de saúde da família. Adotamos como procedimento de apresentação o relato de 3 situações vivenciadas, a partir dessas situações fazemos uma análise dos principais sentidos construídos no trabalho de campo.

No final realizamos as considerações finais, fazemos uma discussão das três práticas discursivas que compuseram este trabalho : Poder, Famílias e Cuidado. Discutindo possíveis caminhos que contribuam para o movimento da Gestão da Clínica e do Cuidado.

### **Referencial epistemio-teórico-metodológico**

Epistemologicamente, adotamos o Construcionismo Social. Trata-se da construção social do conhecimento a partir da linguagem entendida como prática social. É uma postura epistemológica em consonância com a busca do caráter qualitativo e de uma analítica do poder. O objetivo geral do

construcionismo é demonstrar ou analisar interações sociais, historicamente situadas ou os caminhos que levaram ao estabelecimento de algum fato ou entidade do presente (SPINK 2004; 2010a). O Construcionismo se coloca como uma posição crítica em relação à ciência moderna pautada no realismo e na concepção representacionista do conhecimento. Ao criticar que o conhecimento não é uma representação nem uma tradução de algo que pertence à realidade externa, enfatiza que não existe conhecimento absoluto e verdadeiro (SPINK; FREZZA, 2004). A postura epistemológica do construcionismo é de que o conhecimento é uma construção coletiva, realizado a partir das práticas sociais que dão sentido ao mundo. As realidades são múltiplas e dependem do contexto, da história e das interações que as engendram. Assim dão foco central a linguagem entendida como prática social (SPINK E FREZZA, 2004; MÉLLO ET AL, 2007; SPINK, 2010a).

Como o construcionismo tem sido pensado de diversas formas, adotamos neste trabalho a perspectiva adotada por Spink (2004, 2010a) que objetiva o estudo das *práticas discursivas e a produção de sentido no cotidiano*. De acordo com Spink e Medrado (2004) esta vertente pode ser definida a partir de três dimensões básicas: **linguagem**, **tempo** e **pessoa**. Vamos analisar a seguir cada uma dessas três dimensões.

A concepção de **Linguagem** adotada é a da *linguagem em uso*, tomada como prática social. Faz-se necessário uma distinção entre discurso e práticas discursivas. O discurso é entendido como o uso institucionalizado da linguagem, trata-se dos discursos oficiais de determinadas instituições, como a Saúde, a Medicina, a Psicologia. Por serem institucionalizados tendem a terem permanência e regularidade durante o tempo. Já as práticas discursivas remetem aos momentos de ruptura, de ressignificação, de produção de sentido. Elas comportam a ordem e a diversidade, a regularidade e a polissemia. Assim, as práticas discursivas podem ser entendidas como linguagem em ação, a maneira como as pessoas produzem sentidos e se posicionam nas relações cotidianas, torna-se importante entender a dinâmica entre os processos de interanimação dialógica e os repertórios interpretativos (SPINK E MEDRADO, 2004).

A interanimação dialógica diz respeito aos aspectos performáticos da linguagem (quando, em que condições, com que intenção, de que modo), dois conceitos presentes na conversação dão forma ao processo de interanimação dialógica. O primeiro é o enunciado, que constitui a unidade do ato de comunicação, ao produzir um enunciado o sujeito utiliza um sistema de linguagem e de enunciações preexistentes. O enunciado sempre está ligado a uma corrente de outros enunciados, esse caráter que promove o processo de dialogia: *“os enunciados de uma pessoa estão sempre em contato com, ou são endereçados a uma ou mais pessoas, e esses se interaninam mutuamente, mesmo quando os diálogos são internos”* (SPINK ; MEDRADO, 2004, p. 45-46).

O segundo conceito é o de vozes, que compreendem os interlocutores, as pessoas presentes ou presentificadas nos diálogos. As vozes compreendem diálogos, negociações que se processam na produção de um enunciado. Elas antecedem os enunciados, fazendo-se presentes no momento de sua produção. Este conceito é muito importante para a análise das dialogias, pois a compreensão dos sentidos é sempre um confronto de inúmeras vozes, presentes ou não presentes no momento da interanimação (SPINK ; MEDRADO, 2004).

Quanto aos repertórios interpretativos são de um lado o conjunto de termos, descrições lugares-comuns, figuras de linguagem, enfim um conjunto de estilos gramaticais específicos que demarcam um rol de possibilidades de construções discursivas, e por outro lado são conjuntos de conceitos, ideias e conteúdos pertencentes a contextos e histórias diferentes (SPINK ; MEDRADO, 2004). Deste modo a investigação das práticas discursivas exige outra dimensão de análise: **o Tempo**.

A noção de repertórios linguísticos é trabalhada a partir de uma matriz que engloba três tempos: o Tempo Longo, o Tempo Vivido e o Tempo Curto. O Tempo Longo compreende a construção social de conteúdos culturais que formam os discursos de uma dada época. São conhecimentos que antecedem a vida das pessoas, mas que se fazem presentes através das instituições, normas, modelos, convenções, da reprodução social. O tempo vivido

compreende a ressignificação em vida destes conteúdos históricos, corresponde, portanto às experiências de vida da pessoa no curso de sua história pessoal, concretamente significam nossa aprendizagem, a linguagem própria de cada segmento de classe social, profissional, faixa etária, e de nossos processos identitários. O Tempo Curto é o momento concreto da vida social, a interação face-a-face, trata-se do tempo do acontecimento e da interanimação dialógica, é o que nos possibilita entender a dinâmica da produção de sentidos, já que é nesse tempo que encontramos maior combinação de vozes e de conteúdos temporais, e portanto há maior espaço para a polissemia e (SPINK ; MEDRADO, 2004).

A aproximação com a temporalidade dos repertórios decorre da problemática dos contextos de sentido, essa análise abre diálogo contínuo entre sentidos antigos e novos. Essa proposta torna a pesquisa com práticas discursivas mais complexas por realizar, concomitantemente, uma microanálise (o Tempo Curto da interação), uma pesquisa das estruturas sociais geradoras de socialização (o Tempo Vivido) e uma exploração da história das ideias (o Tempo Longo) (SPINK ; MEDRADO, 2004).

A terceira dimensão é a de **Pessoa**, um conceito que trás proposições interessantes para as pesquisas que investigam processos de subjetividade e que também contribui com noções úteis para a investigação das práticas sociais. O conceito de pessoa trás em si a noção de relação. A pessoa se encontra no jogo das relações sociais, inserida em constantes processos de negociações e trocas em um espaço de intersubjetividade. Assim, relacionado ao conceito de pessoas, está o conceito de *posicionamento*, que implica navegar pelas múltiplas narrativas com que as pessoas entram em contato e pela processualidade de construções identitárias que se articulam nas práticas discursivas (SPINK ; MEDRADO, 2004).

É nesse ponto que a pesquisa no construcionismo social está mais intimamente em consonância como uma analítica do poder. O estudo sobre as práticas discursivas não se restringe às palavras e frases ou aos significados que elas possuem, mas se volta para a compreensão das relações de poder que perpassam os discursos, suas condições de produção. Na perspectiva

foucaultiana, não há motivos para se ocupar nem com conteúdos de verdade, nem com significados ocultos, mas sim, utilizar o discurso no jogo de suas instâncias, cabendo questionar como um discurso funciona, o que o tornou possível, que efeitos reverberam. Nesse caminho, entra em jogo saberes e poderes que, em conjunto, ativam regimes de verdade e *posições de sujeito* (MÉLLO et al, 2007).

Ainda é importante ressaltar que para essa corrente, a busca do sentido é fundamental, este pode ser definido como uma construção social, um empreendimento coletivo mais precisamente interativo, por meio do qual as pessoas, na dinâmica das relações sociais, historicamente datadas e culturalmente localizadas, constroem os termos a partir dos quais compreendem e lidam com as situações e fenômenos a sua volta (SPINK ; MEDRADO, 2004).

Feito este percurso sob a perspectiva das *práticas discursivas e produção de sentidos*, vale tratar de alguns apontamentos metodológicos desta perspectiva. Não há regras e métodos fixos ou pré-estipulados, já que o construcionismo não define que métodos têm mais possibilidades de traduzir como os fatos são. Na verdade, acredita-se que os métodos produzam versões do mundo. O trabalho de campo deve ser entendido como um momento de produção de sentidos, o foco está em como pesquisador e participante realizam a interação, estes são pessoas ativas no processo de produção de sentidos (SPINK ; MENEGON, 2004).

Como uma corrente crítica ao fazer científico, o construcionismo social ressignifica alguns preceitos metodológicos, como a generalização, replicabilidade, amostra, triangulação e objetividade, conferindo novos significados e qualidades para eles. Spink e Menegon (2004) defendem que uma das principais tarefas metodológicas é a explicitação e visibilidade do processo de interpretação na pesquisa, o que confere o rigor no construcionismo social.

A interpretação é entendida como um processo de produção de sentido. O sentido para esta perspectiva é entendido como meio e fim na tarefa de pesquisa. Como atividade-meio, dar sentido significa conversar, posicionar-se,

buscar novas informações, selecionar, todas essas atividades que compõe o percurso da pesquisa e que tentamos entender à luz de categorias, hipóteses e informações contextuais. Como atividade-fim, há uma explicitação dos sentidos resultantes do processo de interpretação, apresentando de modo mais claro possível a análise realizada. É esta explicitação que configura o rigor da pesquisa, entendido como “*a objetividade possível no âmbito da intersubjetividade*” (SPINK; LIMA, 2004, p. 105).

A perspectiva das *práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano* elenca uma série de estratégias que contribuem com a análise e possibilitam explicitar os passos realizados nesta tarefa. Algumas dessas estratégias são: os mapas de associação de idéias, as árvores de associação, as linhas narrativas (SPINK; LIMA, 2004).

Além disso, há uma diversidade de formas de coletar informações para a compreensão dos processos de produção de sentidos. Assim os *campos* da pesquisa podem ser: os documentos de domínio público, as bases de dados, entrevistas, conversas do cotidiano, a mídia, o cinema, entre outros. O uso de um ou outro também depende dos objetivos da pesquisa (SPINK, 2004).

Para operacionalizar a pesquisa, escolhemos dois campos de investigação: documentos oficiais e cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família. Em um primeiro momento, realizamos a análise de documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde, a fim de compreender as práticas discursivas e os sentidos de Família e Cuidado presentes nestes documentos, bem como os usos destes repertórios no que concerne aos efeitos de saber-poder para as práticas de cuidado na Estratégia de Saúde Família. Tratou-se, portanto, de uma investigação de Tempo Longo e Vivido, apoiada no Construcionismo Social, que visou identificar as práticas discursivas e os sentidos históricos sobre Famílias e Cuidado.

No segundo momento, realizamos o trabalho de observação participante em uma equipe de saúde da família do município de São Carlos, SP. Acompanhando em profundidade o cotidiano de trabalho dessa equipe, e as relações entre equipe e famílias de forma a compreender como é realizado o cuidado. Nesta fase da pesquisa privilegiamos os momentos de encontro entre

usuários e profissionais. Foi observada a dinâmica geral do trabalho, procurando como são desenvolvidas as relações de cuidado entre profissionais e usuários. Tratou-se de uma investigação que focou o Tempo Curto da interação. A partir da identificação das práticas discursivas e dos processos de interaminações dialógicas, foi feita a análise dos efeitos das relações de saber-poder entre estes atores sociais.

Com a divisão nestes dois momentos de pesquisa, o esforço foi de realizar uma microanálise das relações de poder a partir do Tempo Curto da interação, e que também levasse em conta os Tempos Vivido e Longo. O detalhamento metodológico destes dois momentos da pesquisa foram descritos nos capítulos III e IV, respectivamente.

## 1. Famílias e Estratégia de Saúde da Família: Governamentalidade, sentidos e políticas públicas.

### **Família: dispositivo estratégico na arte de governar**

De acordo com Foucault (2010) os estados modernos teriam se constituído a partir do surgimento do problema da população, desenvolvendo uma arte de governo, que Foucault chama de *governamentalidade*. Este tipo de poder se insere na relação entre segurança, população e governo. Os estados modernos têm como objetivo final dos seus governos gerir a segurança e a vida da população, através de uma arte de governo responsável por aumentar sua riqueza, sua duração de vida e sua saúde. A partir do século XVIII a expansão demográfica, aliada ao acúmulo monetário, à urbanização e industrialização das cidades, tornou a população um problema do estado. Pouco a pouco, se revelou que a população possuía uma regularidade própria: mortalidade, perfil epidemiológico, espiral do trabalho e riqueza, enfim suas atividades e características produziam efeitos específicos na economia.

Essa constatação da própria regularidade da população determina uma ruptura na forma de governo até então vigente que via na família o modelo específico do bom governo. Em outras palavras, a população com suas próprias características e regularidades era irredutível ao pequeno quadro familiar. A família, portanto, deixou de se constituir como o modelo aspirado para o bom governo, e se tornou um instrumento para a arte de governar a população:

*“Até o advento da problemática da população, a arte de governar só podia ser pensada a partir do modelo da família, a partir da economia entendida como gestão da família. A partir do momento em que, ao contrário, a população aparece como absolutamente irredutível à família, esta passa para um plano secundário em relação a população, aparece como elemento interno à população, e portanto não mais como modelo, mas como segmento. E segmento privilegiado, na medida em que, quando se quiser obter alguma coisa da população – quanto aos comportamentos sexuais, à demografia, ao consumo, etc. – é pela família que se deverá passar. De modelo, a família vai tornar-se instrumento, e instrumento privilegiado, para o*

*governo da população e não modelo quimérico para o bom governo.”*  
(FOUCAULT, 2010, p. 288-289)

Para os fins deste texto, é preciso ressaltar que a família se tornou instrumento privilegiado para a arte de governar a população. E assim em torno da família se engendraram importantes exercícios dos poderes disciplinares e da biopolítica. No Brasil, a obra *Ordem médica e Norma Familiar*, de Jurandir Freire Costa, fornece um bom exemplo de como se operou esta arte de governo em nosso país. O autor discute como se deu a mudança da configuração da família colonial para a família burguesa do século XIX, no Brasil. O argumento central de Costa (2004) para explicar porque ocorreu essa mudança, no que concerne a concepção do que deve ser uma família, dos papéis sociais de homem, mulher e filhos, é de que houve um movimento político e econômico da recém-formada burguesia brasileira para privilegiar seus interesses, que culminou no movimento higienista. Os médicos e agentes da saúde começaram a prescrever normas baseadas nas concepções de saúde e higiene da época, essas normas afetaram diretamente a organização da instituição familiar no século XIX. Elas se constituíram de microestratégias de poder que modificaram os comportamentos, desejos e pensamentos das pessoas, operando a fim de favorecer os interesses do Estado.

Vale aqui entrar em alguns pontos da obra de Costa (2004) a fim de entender como a família se tornou um instrumento de governo da população a partir de uma razão de Estado, e que concepções de família surgiram a partir da medicalização da família. Após a independência do Brasil, Costa elenca alguns problemas que o Estado enfrentou para se constituir e conseguir governar o país. Um deles dizia respeito a insubordinação da população às novas regras e objetivos do Estado. Este via na família colonial, em seus hábitos, tradições e poder um grande obstáculo para o avanço do país. A tática de governo consistia em um combate punitivo e legal à família, geralmente trazendo resultados poucos satisfatórios.

O que mudou essa situação foi a entrada de um novo ator, a medicina, e de novas estratégias táticas. Neste período, ganha força no país a medicina social a partir do movimento da higiene. A medicina se aliou aos objetivos de

estado, inovando nas técnicas e ganhando grande prestígio no país.

As táticas obedeciam, em geral, às seguintes regras: (1) Ao invés de fazer bloqueios, reduções e considerar a família como um bloco único, devia-se provocar distensões, diversidades. Era preciso criar divisões infinitas entre os membros da família, criar categorias: adulto, criança, homem, mulher, pais, filho, bebê, adolescente, idosos; (2) Prometer transformação, mostrar os benefícios e ganhos que as famílias teriam ao se sujeitarem; (3) Alimentar o gosto pela vida: a longevidade da espécie, o aumento de saúde, a felicidade do corpo; (4) Elencar aliados entre os membros, converter os papéis clássicos.

A medicina, a partir do binômio saber-poder, atuou criando normalidades, através de uma série de prescrições e recomendações que tratavam de diversos aspectos da vida, como a arquitetura das casas, as vestimentas, hábitos alimentares, atividade física, educação intelectual e moral, a sexualidade, a afetividade, o uso do tempo. Foi por meio da tática da *norma* que a medicina pôde se alastrar através do tecido social e ser um instrumento de governo da população : definindo hábitos, controlando condutas, incutindo valores morais, ampliando a vitalidade e sexualidade dos corpos e criando uma consciência de classe. O uso da lei e da proibição não conseguia mais realizar o bom governo. Era preciso criar estratégias para adentrar na vida cotidiana das famílias, e foi só por meio da prescrição e criação de normas que a medicina através de seu saber, teve poder.

Em suma, o que pretende-se mostrar aqui é como a família se tornou um objeto de intervenção estratégico para fins de governo, e além disso, um objeto medicalizado, do qual se produziram saberes e se impuseram normas. Apesar da análise de Costa (2004) se concentrar em um período longínquo ao nosso, o autor defende que algumas dessas concepções de família ainda se estendem até os nossos dias. E que com o início dessas intervenções médicas sob a família, esta se viu cada vez mais dependente do auxílio de especialistas para auxiliarem em seus problemas domésticos, problemas criados em grande medida pela própria ordem médica.

Atualmente, percebemos outras estratégias sobre as famílias, seja no que diz respeito ao planejamento familiar (MEDICE ; AGUIAR, 1984), na

criação de tecnologias médicas de reprodução com forte impacto na dinâmica familiar (SCAVONE, 1993; 1998; FONSECA, 2002), ou nos movimentos de políticas públicas com centralidade na família (VASCONCELOS, 1999; CARVALHO, 2005; FONSECA, 2006).

### **Alguns sentidos históricos sobre Famílias**

Passaremos agora à algumas concepções históricas sobre a família, focando principalmente como a família pobre têm sido entendida hoje.

De acordo com Áriès (1981) a família se transformou em sua forma nuclear, devido às necessidades de prover cuidados para as crianças. No século XVIII o índice de mortalidade infantil era bastante elevado. Em pleno início do capitalismo, havia uma necessidade de mão de obra para o avanço do sistema econômico. Deste modo, demandas do mundo moderno determinaram a forma de organização da família, que deveria acima de tudo garantir a sobrevivência e a saúde de seus membros.

Aliado a isso, operou-se uma cisão entre os espaços públicos e privados. No período anterior a este não havia essa cisão, as relações se davam simultaneamente nos mesmos ambientes, onde todos participavam de tudo, e era através delas que se alcançava ou não êxito na vida. Com o advento do capitalismo, o trabalho se tornou o espaço público primordial, e as relações sociais da família se tornaram cada vez mais privadas. A família foi se restringindo ao seu próprio domicílio, sendo sua função criar os filhos de acordo com as necessidades do mercado de trabalho. De forma a dar coesão para este arranjo, criou-se cada vez mais a concepção da família como lugar da afetividade e intimidade (CAMPOS E MATTA, 2007).

Esta noção de afetividade se articula fortemente com a ordem social capitalista neoliberal, que encarrega à família todo o encargo de cuidados que o Estado deixa de oferecer. Deste modo, a família se tornou responsável por educar os filhos, apoiar seus idosos, cuidar da saúde de seus membros. Coube a ciência e aos especialistas enredar a família em discursos que determinavam quais eram suas funções essenciais, seus encargos morais. Na ordem da afetividade cabia aos membros da família se amarem indiscriminadamente,

sem a quebra de laços. Já a ordem da intimidade promovia a interiorização da existência dessas pessoas dentro do núcleo familiar (SAWAIA, 2005; CAMPOS E MATTA, 2007).

Essa retirada da família da esfera social contribuiu para uma série de crises familiares: sobrecarga de encargos, sufoco em responder a tantos conselhos, prescrições e ordens de especialistas e autoridades. Além disso, passou a contar cada vez menos com outras famílias ao seu redor. Os laços comunitários foram sendo extirpados em decorrência da ideologia individualista. Veremos adiante, que essa concepção de família, atrelada ao espaço privado e constituída por afetividade e intimidade, constitui importantes consequências para as atuais políticas públicas centradas na família (MEDEIROS, 2000; SAWAIA, 2005 ; CAMPOS ; MATTA, 2007)

É importante ressaltar que a mudança de concepção para a forma nuclear não se deu de forma homogênea em todas as classes sociais. Áriès (1981) levanta que antes da família nuclear havia outros modelos de família: (1) a medieval caracterizada essencialmente por não haver uma distinção entre esfera pública e privada. As relações aconteciam de forma misturada entre os diversos atores, crianças conviviam com adultos, as amas de leite cuidavam das crianças. Era praticamente inexistente a noção da esfera do privado, e assim estas famílias também não se concebiam como famílias. Eram aglomerados de pessoas que viviam juntas e mantinham relações; (2) a família aristocrática, modelo centrado na figura do pai. O sentimento de família estava atrelado a questão da linhagem, do nome e da herança. As relações eram estabelecidas a partir do poder da figura paterna.

O modelo nuclear vai se dirigir essencialmente para a burguesia, que vai se tornando cada vez mais a classe dominante. O modelo nuclear se torna também o dominante, sendo almejado para todas as famílias. Entretanto, se vê que ao longo da história esse modelo teve dificuldade de se inserir em todas as classes sociais. Atualmente é possível perceber em famílias pobres arranjos que remetem ao modelo medieval, por exemplo. Entretanto, naturalizou-se o modelo nuclear, fazendo todos acreditarem que este era o modelo certo e

único (CAMPOS ; MATTA, 2007).

A partir da naturalização do modelo de família nuclear, esta se torna *norma* para todas as famílias, como vimos essa adequação a norma nem sempre ocorre, levando muitos a intitular as famílias que não se encaixam nesse modelo de *desestruturadas*. Trata-se do caso, principalmente das famílias pobres e dos novos arranjos familiares presentes na contemporaneidade.

Devido às características das famílias que encontramos no campo de pesquisa, focaremos agora no caso das famílias pobres, a fim de reunir elementos típicos para a análise da realidade. Tomamos as considerações de Sarti (1994, 2004, 2005) que possui uma longa discussão sobre a configuração destas famílias. Um primeiro ponto que a autora coloca é que diferentemente da família nuclear, *a família pobre se constitui em rede*, a sua extensão vai além do ambiente doméstico e do núcleo pais e filhos:

*“A família pobre, constituindo-se em rede, com ramificações que envolvem o parentesco como um todo, configura uma trama de obrigações morais que enreda seus membros, num duplo sentido, ao dificultar sua individualização e, ao mesmo tempo, viabilizar sua existência como apoio e sustentação básicos.” (SARTI, 2005, p.31).*

Podemos dizer, a partir desse referencial, que as famílias pobres se distinguem da nuclear na dimensão do privado e social. A vulnerabilidade que marca a existência dessas famílias faz com que precisem expandir seus laços para garantir sua sobrevivência, deste modo ela extrapola a esfera do privado criando relações em rede com outros parentes, vizinhos, instituições da saúde, educação e religião. Para a concepção da família enredada, é impossível igualar a família à unidade doméstica. É necessário considerar a rede de relações na qual se movem os sujeitos, que provém os recursos materiais e afetivos com que contam.

O segundo ponto para entender as famílias pobres é a *ordem moral* que as constitui. Estas famílias muitas vezes não conseguem se configurar como uma célula independente devido a instabilidades conjugais, incerteza de

empregos, dificuldades financeiras, assim elas não desfazem os vínculos com a rede familiar mais ampla. Existe entre elas uma rede de obrigações mútua que define sua noção de família:

*“A família para os pobres, associa-se àqueles em quem se pode **confiar** (...) o que define a extensão da família é a rede de obrigações que se estabelece: são da **família** aqueles **com quem** se pode contar, isto quer dizer, aqueles que retribuem ao que se dá, aqueles, portanto, para com quem se tem **obrigações**. São essas redes de obrigações que delimitam os vínculos (...) A noção de família define-se, assim em torno de um **eixo moral**” (SARTI, 1994, p. 52-53).*

Esse eixo moral, também é responsável por definir os papéis de cada sujeito dentro dessa relação. Os pais dividem dois tipos de autoridade complementares, mas hierárquicas. O homem é considerado chefe da família e se torna responsável por prover a família e fazer a mediação desta com o mundo externo, conferindo uma imagem de respeito para sua família; a mulher é a chefe da casa e se responsabiliza por fazer o controle da casa, o cuidado e manter a unidade do grupo. Com a instabilidade econômica, esses papéis são revistos e têm-se a necessidade dividi-los com outros membros da família. É o caso quando o homem fica impossibilitado de prover financeiramente a família ou perde o respeito social. Ou quando o casal se separa ou a mulher precisa trabalhar. Elege-se outra pessoa na rede familiar mais ampla para ocupar essa posição masculina, como o *irmão da mãe*, o *filho eleito*; ou a busca de outras mulheres para fazer o cuidado dos filhos, como as avós ou vizinhas.

Os filhos para a família pobre representam o sentido essencial do projeto de casamento. A concepção de filhos funciona como um requisito para a necessidade de casar. Além disso, a família vê os filhos como responsabilidade sua, trata-se de um compromisso de cuidado. Assim como se espera um compromisso dos filhos em retribuir esse cuidado futuramente. Quando há instabilidade familiar, muitas vezes acontece a prática de *circulação de crianças*, onde haveria uma coletivização das responsabilidades pelo cuidado dentro da rede de sociabilidade que a família está envolvida. Em determinadas

ocasiões a família se vê obrigada a *dar seus filhos* para outros cuidarem seja de forma permanente ou temporária. Os filhos assumem logo responsabilidades dentro da família, ajudando em sua sobrevivência, neste ponto o tempo de infância é bastante relativizado de acordo com as necessidades familiares. Em muitas situações, alguns filhos assumem toda a responsabilidade que seria de seus pais, configurando *os filhos eleitos*.

No terceiro ponto, Sarti (2004) advoga que para os pobres a família é uma referência essencial. É a noção de família que essas pessoas têm que as situam no mundo e mediam suas relações com a esfera afetiva, social e política. Os sujeitos construiriam suas próprias representações e ideias sobre as famílias que serviriam para apoiar a experiência do desamparo social. Dessa forma, a família pobre também deve ser entendida em sua *forma simbólica*. Ela propõe pensar a noção de família como uma *categoria nativa*, que significa entender o sentido a ela atribuído por quem a vive, considerando este discurso como um *ponto de vista*. Desde modo, o trabalho com famílias requer uma abertura para a escuta e acolhimento do discurso do outro. Sarti propõe a metáfora da família como um espelho:

*“Nesse jogo entre o mundo exterior e o mundo subjetivo, as construções simbólicas operam numa relação especular. Assim acontece na família. O discurso social a seu respeito se reflete nas diferentes famílias como um espelho. Em cada caso, entretanto, há uma tradução desse discurso, e cada uma delas, por sua vez, devolverá ao mundo social sua imagem, filtrada pela singularidade das experiências vividas. Assim, cada uma constrói seus mitos segundo o que ouve sobre si, do discurso externo internalizado, mas devolve um discurso sobre si mesma que inclui também sua elaboração, objetivando sua experiência subjetiva.”* (SARTI, 2005, p.27)

Outra discussão sobre as concepções de família é mais contemporânea, e têm sido vista como a *crise da família*, que pode ser entendida de várias formas: como uma falência do modelo nuclear, ou uma sobrecarga dos deveres da família, a profusão de novos arranjos familiares que ora são concebidos

como formas desestruturadas e ora de maneira preconceituosa. Não seria mais possível falar em modelos, e sim em famílias no plural. Elas tem se organizado e estruturado de formas bastante elásticas na atualidade (COSTA, 2004; SARTI, 2005; CAMPOS ; MATTA, 2004). De acordo com Beck (1993), cujo pensamento não aprofundaremos no momento, nós vivemos atualmente em uma sociedade do risco, marcada entre outras coisas pela destradicionalização e relativização. Assim viveríamos cada vez menos a presença das instituições tradicionais, aliado a isso temos a possibilidade de relativizar a vida como ela é, e propor novas formas de vivê-la. Esse status de nosso tempo histórico tem influências bastante importantes nos arranjos familiares atuais.

Entretanto apesar da família viver em um tempo da destradicionalização, isso não impossibilita que ela sofra com os dispositivos de controle da sociedade que ainda veem na norma sua principal estratégia. Sawaia (2005) acredita que a família não se extinguirá, apesar de novos arranjos, ela ainda se configura como a principal forma de mediação do indivíduo com a sociedade, e espaço principal da afetividade. Mais que buscar um modelo ou concepção única sobre a família, é importante entender o movimento e a história da família para traçar formas de cuidado compromissadas com as contradições e necessidades das famílias atuais.

### **As famílias nas políticas públicas: A Estratégia de Saúde da Família**

O Brasil herdou a tradição do Estado de Bem Estar Social promovendo políticas destinadas a alguns setores da população. A partir da década de 30, o grande alvo das políticas públicas eram os trabalhadores, investia-se na melhoria e cuidado da população economicamente ativa a fim de dinamizar a produção econômica brasileira. A partir da década de 70, no auge do movimento feminista, são formuladas políticas destinadas à mulher, oferecendo recursos para estas gerenciarem melhor seus lares, disponibilizando planejamento familiar, e capacitando-as para o ingresso no mercado de trabalho. No final da década de 80, entra em foco as crianças e adolescentes, tendo grande destaque o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Foi só a partir de meados da década de 90, que se começou a pensar a centralidade

das famílias nas políticas públicas (VASCONCELOS, 1999, CARVALHO, 2005; FONSECA, 2006).

Em 1988, a Constituição Federal reconhece que a família é a base da sociedade e deve ter especial proteção do Estado. Define a família como a comunidade formada pelos pais ou por um dos pais e seus descendentes. Com uma concepção da família como mediadora da relação indivíduo sociedade, essas novas políticas públicas são desenhadas de forma a compartilhar as responsabilidades de proteção e cuidado entre Estado e Família (FONSECA, 2006).

De acordo com Medeiros (2000) há três de formas de entender a relação entre famílias e políticas públicas. A primeira é tomar a família como *objeto* das políticas sociais. Deste modo as políticas são desenhadas como meios para se obter determinados perfis ou padrões familiares, Medeiros exemplifica com o caso de programas de planejamento familiar que podem funcionar como uma forma de controle de natalidade. A segunda forma percebe as famílias como *instrumentos* das políticas sociais, neste caso, espera-se da família um papel funcional na execução das políticas, como o de responsabilizar-se pelos cuidados aos idosos ou pessoas em sofrimentos psíquico. Uma terceira forma entende a família como *instituição redistributiva*, que pode reduzir ou potencializar as políticas sociais destinadas aos indivíduos. É o caso, por exemplo, da aposentadoria, apesar de ser destinada ao aposentado, este recurso pode ser utilizado por toda a família como forma de geração de renda.

Alguns exemplos de políticas públicas que podemos citar desse movimento de colocar a família como centro são: o ECA, o Estatuto do Idoso, que por mais que estejam dirigidos a segmentos específicos, pensam o lugar da criança e do idoso na família; a formulação da Lei Orgânica de Assistência Social (LOAS) que a partir de sua Norma Operacional Básica de Assistência Social elenca “*a centralidade na família para a concepção e implementação dos benefícios, serviços, programas e projetos*”; os programas de combate a pobreza, sendo que um dos programas de transferência de renda mais representativo seria o Bolsa Família; na saúde, vemos por exemplo a Política de Saúde Mental que delega a família o cuidado a pessoa em sofrimento

psíquico, prevendo o direito de convívio em sociedade e a extinção progressiva dos recursos de internação, questões também levantadas pelo ECA e o Estatuto do Idoso; e mais recentemente, a ESF que define como lócus operacional de trabalho as famílias em seus territórios existenciais. Carvalho (2005) ao discutir essas mudanças faz o seguinte retrato deste panorama:

*“as políticas de saúde e assistência social vão introduzir serviços de proximidade voltados à família e a comunidade. Os serviços coletivos implementados pelas políticas sociais estão combinando diversas modalidades de atendimento ancorados na família e comunidade. Fala-se hoje menos em internação hospitalar e mais em internação domiciliar, médico de família, cuidador domiciliar, agentes comunitários de saúde; e em programa de saúde da família, centros de acolhimento, reabilitação, convivência, etc” (CARVALHO, 2005, p.270).*

Vasconcelos (1999) levanta que a priorização das famílias na agenda da política social envolve três modalidades de ação. Em primeiro lugar, o desenvolvimento de programas de geração de renda e emprego a nível local para famílias sem acesso ao trabalho. Uma segunda modalidade seriam os programas de complementação de renda de grupos familiares sem renda ou cuja renda é insuficiente para garantir o mínimo necessário à sobrevivência, priorizando fases do ciclo de vida familiar geradoras de situação de maior vulnerabilidade. E outra modalidade seria a construção de uma rede serviços de apoio psicossocial e cultural, tendo o setor saúde uma grande importância nesta modalidade.

Toda essa mudança na formulação de políticas públicas levanta uma série de questionamentos e dilemas, principalmente no que tange ao papel do Estado e a desproteção das famílias. Trata-se de uma representação da contradição do Estado Brasileiro, que se por um lado herda princípios do Estado de Bem Estar Social manifestando o objetivo de criar políticas que protejam e cuidem dos cidadãos em vulnerabilidade social (FONSECA, 2006), por outro lado, apresenta uma consonância com o Neoliberalismo, com tendências ao Estado mínimo, diminuindo os gastos com a proteção social e

tendo um papel menor na regulação do país, além de sobrecarregar a família com encargos (SAWAIA, 2005).

A questão é bastante complexa, e os autores têm desenvolvidos argumentações diversas sobre ela. Medeiros (2000, p. 3 -4) é categórico ao afirmar que *“não se trata exatamente de uma retirada do Estado nesse campo, mas de uma ausência persistente”*, ao analisar que historicamente as políticas públicas mesmo seguindo os preceitos do Estado de Bem Estar Social, sempre foram excludentes e corporativistas. Havia políticas apenas para os setores produtivos da sociedade a fim de dinamizar a economia, a grande parcela da população ficava desprotegida e carente de recursos. Com a constituição, coloca-se no texto jurídico a *universalidade*, entretanto vê-se concomitantemente um recuo de ações do estado, se alinhando às concepções neoliberais principalmente pelo argumento financeiro. Para o autor, as famílias não se encontram mais desprotegidas, e sim desprotegidas de maneiras diferentes.

Ribeiro (2004, p. 661) reflete que as políticas públicas centradas na família são formas de responder a nova ordem mundial globalizada e a crise social provocada pela reestruturação produtiva do trabalho. O desenvolvimento econômico nessa ordem produziria miséria e injustiças sociais. Nesta perspectiva a política social passa a ser encarada como uma série de medidas destinadas a compensar os efeitos negativos dos ajustes macroeconômicos. Em outras palavras, as políticas sociais serviriam para atenuar as tensões sociais. Assim a questão para a autora se resume tanto *“às exigências de um mundo globalizado, interessado na redução de custos dos serviços sociais e de saúde, requerendo lucros crescentes, mas, também, buscando a minimização de conflitos sociais, como as preocupações da sociedade com a desagregação social”*.

Para Carvalho (2005) está na ordem do dia o chamado Welfare Mix, um composto de recursos na esfera do Estado, do mercado, das organizações sociais sem fins lucrativos, e ainda daqueles da solidariedade de igrejas, associações e comunidade, que vêm nessa articulação a possibilidades de compartilhar as responsabilidades sociais. Fonseca (2006) advoga a

necessidade dos atores que trabalham com famílias não significarem este contexto como um recuo na responsabilidade do Estado em prover proteção social, mas ao contrário, que cabe às políticas sociais o desenvolvimento de ações de apoio, proteção e orientação sócio-familiar, seja na perspectiva do compartilhamento de responsabilidades ou no viés de autonomização dessas famílias para lidar com situações de vulnerabilidade social.

Traçar este panorama sócio-político é importante para entender o lugar da ESF como uma política social. Ela nasce como um programa concebido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1994, a partir de diversas experiências exitosas em municípios brasileiros, com destaque para o trabalho dos agentes comunitários de saúde, e posteriormente foi definida como estratégia oficial do MS para a Atenção Primária à Saúde. De acordo com documento oficial do MS: A ESF nasce com o propósito de superação de um modelo de assistência à saúde, responsável pela ineficiência do setor, insatisfação da população, desqualificação profissional e iniquidades sociais. E ainda avalia que o modelo de saúde até então vigente era marcado pelo serviço de natureza hospitalar, focalizado nos atendimentos médicos com visão biologicista do processo saúde-doença, voltando-se prioritariamente para ações curativas e individuais (SAUDE DA FAMILIA, 1996).

A ESF elege como locus de trabalho as famílias em seu território existencial. A equipe multiprofissional se vincula à uma determinada população do território e tem como princípio a constituição de referências do usuário para com os profissionais que deverão se responsabilizar para o cuidado à sua clientela (MERHY ; FRANCO, 2003).

A despeito das inovações e êxitos que a ESF vêm alcançando cabe aqui registrar, como ela vêm concebendo as famílias e realizando o cuidado delas. Alguns trabalhos que se debruçaram sobre este tema, mostram que esse foco na família apresenta alguns dilemas e problemas.

Uma das questões é a tradição na área da saúde de realizar ações individuais. A falta de metodologias de trabalho com família, leva a muitas confusões no cotidiano dos serviços, levando os profissionais a transporem ações tradicionais individualizadas para o cuidado (MARSIGLIA, 2005). Do

mesmo modo, parece ser complicado distinguir quando a ação precisa ser individual ou quando necessita ser familiar, levando a situações eticamente complicadas (VASCONCELOS, 1999). Adicionalmente os profissionais tendem a fazer seu cuidado familiar com representantes da família, ou setores e perdem o olhar sobre o conjunto (RIBEIRO, 2004). Trata-se de diversas situações dificultosas no cotidiano dos serviços ao colocar a família como centro das ações.

Marsiglia (2005, p.170) faz uma discussão de duas questões que considera fundamentais para a ESF. A primeira como a Estratégia confere às famílias encargos de cuidado, no que diz respeito “a *desospitalização de doentes crônicos, deficientes físicos e mentais, idosos, acamados, jovens e crianças*”. Com o *ethos* da desinstituicionalização, as famílias ficam sobrecarregadas ao cuidar dessas pessoas. A grande questão seria se as famílias atuais estão preparadas para exercer essas funções, e se as equipes de saúde estão cientes desta necessidade e são capazes de preparar as famílias para realizar este cuidado. Uma segunda questão é se os profissionais de saúde da ESF conhecem as transformações que as famílias vêm sofrendo na contemporaneidade, e ainda se foram capacitados para o trabalho com famílias ou se a Estratégia espera que este trabalho se dê a partir de um talento inato de cada um ou das experiências pessoais. O que está em jogo aqui seria uma formação específica para o cuidado de famílias.

Além de uma formação específica para o cuidado com as famílias, outra dificuldade é a transposição de valores morais e concepções dos profissionais para com as famílias atendidas. O profissional tende a levar seu próprio modelo de família para o trabalho, dificultando o cuidado e impondo valores estranhos para as famílias. Sarti (2005) discute que esse é um problema comum com os profissionais que trabalham com famílias:

*“À dificuldade que o tema da família apresenta, por sua forte identificação com nossos próprios referências e pelo esforço de estranhamento que a aproximação com o outro exige, soma-se o problema do estatuto que atribuímos ao nosso próprio discurso, e conseqüentemente, ao discurso do outro. Considerar o ponto de vista*

*alheio envolve o confronto com nosso ponto de vista pessoal, o que significa romper com o estatuto de verdade que os profissionais, técnicos e pesquisadores tendem a atribuir a seu saber.”* (SARTI, 2005, p. 35)

Chegamos aqui ao cerne do objetivo desta pesquisa que diz respeito às práticas de cuidado de profissionais e usuários a partir dos efeitos de poder produzidos, entendidos como controle, normalização, imposição de estilos de vida, luta e racismo. Questionamos como acontecem concretamente esses efeitos de poder a partir das relações de cuidado entre equipe e usuários. É importante saber que práticas discursivas compõe a ESF, para compreender como acontecem as relações entre saber e poder no cuidado em saúde. A pesquisa pretende mostrar, a partir de uma análise de documentos que fundamentam a Estratégia e de um trabalho de campo analisando as relações de cuidado, como acontece no concreto esses efeitos de poder.

Outro ponto importante é notar o distanciamento social entre profissionais e usuários dos serviços de saúde. Como vimos anteriormente, as concepções de famílias são diferentes para cada classe social. Na história vê-se que há uma necessidade de colocar o modelo de família nuclear como hegemônico e natural. Assim é importante nos questionar sobre as disputas, lutas, controles, imposições, racismos e normalizações que acontecem quando a burguesia vai realizar o cuidado das famílias pobres.

Vasconcelos (1999, p. 13) discute que as políticas sociais centradas na família tendem a vê-las de forma preconceituosa, como se elas não fossem capazes de cuidarem de si próprias. Para o autor, é necessário construir uma cultura institucional de tolerância com a diversidade humana, de forma que os profissionais compreendam as diferenças de raça e de cultura presentes na sociedade brasileira e, assim, possam as respeitar politicamente. Ele ainda alerta que *“os serviços públicos comunitários, na medida em que lidam com famílias extremamente fragilizadas, necessitam repensar sua tradição autoritária e normatizadora de relação com o mundo popular para não as massacrar”*

Da mesma forma, Onocko Campos e Campos (2007, p. 685) refletem

que os profissionais de saúde ao trabalharem com famílias e comunidades bastante diferentes de seus modelos, tendem a ver essas pessoas como *pobres, carentes e coitadas*. Ao percebê-los de forma bastante estereotipada e segmentada, *nós e os outros*, tornam essas pessoas em objetos passivos de intervenção, e assim são sempre elas que *“têm de mudar, de incorporar novos estilos de vida, mais civilizados e mais de acordo com o cientificamente correto”*. Essa visão tende a ser bastante ineficaz, quando não iatrogênica, pois fere justamente um dos principais objetivos em saúde: os ganhos em autonomia.

Ao não considerar como legítimo as escolhas de vida e ideais dessas famílias, os profissionais deixam de realizar um cuidado bastante importante, que seria o de possibilitar reflexão, estimulando construções, desconstruções e reconstruções, para que os agrupamentos familiares se redescubram, podendo firmar suas identidades, resgatar e fortalecer seus potenciais, reconhecendo suas possibilidades e impossibilidades de modo autêntico e ativo na busca do que lhes parece mais adequado e coerente às suas condições de vida.

Uma análise interessante da questão é fornecida por Campos e Matta (2007) a partir de uma leitura de Bauman (1999) :

*“Bauman (1999) mostra que a globalização possui dois aspectos distintos e contraditórios, mas paralelos, o hegemônico e o contra hegemônico. O primeiro fala do atravessamento de poderes produzindo normas de comportamento, possibilitando o controle de corpos e mentes. Já o segundo leva, tendo em vista a constatação da hegemonia, à transversalização, pois, através de relações de movimentos institucionais distintos, pretende proporcionar condições para a emancipação dos sujeitos de modo a potencializar uma conscientização que produza um aumento de participação social, uma postura de cidadania, uma ampliação da gestão de ações sociais pela comunidade, a redução do discurso do senso comum pela população à medida que haja um aumento do discurso científico, entre outros fatores. O conjunto dos dois aspectos constitui-se em um dispositivo cada vez mais sofisticado de controle das mentes e dos corpos sociais. O PSF parece ser capaz de apresentar esses mesmos aspectos. Por um lado, impõem-se através de discursos e*

*práticas que levam seus profissionais a posturas ora impositivas ora paternalistas, conduzindo assim a população de modo relativamente dócil. Por outro lado, através dos mesmos dispositivos, pode levá-la a uma maior conscientização de seu papel na sociedade, conduzindo-a a uma postura mais participativa.” (CAMPOS ; MATTA, 2007, p. 136)*

A ESF parece estar enlaçada por contradições internas, ao mesmo tempo em que apresenta práticas inovadoras e exitosas no cuidado em saúde, também corre o risco de perpetuar práticas tradicionais e iatrogênicas. O capítulo seguinte fornecerá subsídios teóricos importantes para entendermos estes efeitos de saber-poder e sua presença nas práticas de cuidado.

## **2 – Entre o Poder e o Cuidado:** efeitos na subjetividade e determinação dos modos de vida

### **Poder: vida, morte e racismo**

Foucault teve como objetivo teórico e político a análise histórica das ciências e da sociedade. Esse projeto pode ser dividido em três fases metodológicas complementares: arqueologia do saber, genealogia do poder, e ético-existencial. A primeira fase de estudo pode ser sintetizada como um estudo da constituição das ciências a partir de uma pesquisa da história do pensamento e dos saberes, que buscou desvelar e descrever as formações discursivas. Alguns livros dessa fase são *A História da Loucura*, que procurou analisar historicamente as condições de possibilidade da psiquiatria, relacionando diretamente com a emergência de um saber sobre o louco; e *O Nascimento da Clínica* que explicita os princípios constitutivos da medicina moderna, determinada a partir de uma articulação com os princípios da biologia, e uma ruptura estabelecida com a história natural (MACHADO, 2010).

Na segunda fase, há a complementação com a genealogia do poder. Foucault introduz as análises históricas da questão do poder como instrumento para explicar a produção de saber, assim pretende explicar o aparecimento dos saberes a partir de condições externas aos próprios saberes, nos dispositivos de natureza essencialmente estratégica. Poder e saber, para Foucault, estariam sempre juntos em um binômio que se implica e se fortalece mutuamente:

*“não há relação de poder sem constituição de um campo de saber, como também, reciprocamente, todo saber constitui novas relações de poder. Todo ponto de exercício do poder é, ao mesmo tempo, um lugar de formação de saber. É assim que o hospital não é apenas local de cura, “máquina de curar”, mas também instrumento de produção, acúmulo e transmissão do saber. Do mesmo modo que a escola está na origem da pedagogia, a prisão da criminologia, o hospício da psiquiatria. E, em contrapartida, todo saber assegura o exercício de um poder (...). Mas a relação é ainda mais intrínseca: é o saber enquanto tal que se encontra dotado estatutariamente,*

*institucionalmente, de determinado poder. O saber funciona na sociedade dotado de poder. É enquanto é saber que tem poder.”* (MACHADO, 2010, p. XXI-XXII).

Em sua última fase de pensamento, Foucault muda novamente seu objeto de estudo, investigando formas de resistência e liberdade às tramas de constituição do sujeito a partir do binômio saber-poder. Nesta fase analisa as condições do sujeito em criar uma existência não massificada e padronizada. Esta fase será o foco da segunda parte deste capítulo, enquanto na primeira trataremos da questão do saber-poder.

O poder, para Foucault, teria características diferentes das tradicionais formas de analisar o poder, no caso a forma *filosófico-jurídica* e a *teoria da soberania*. Foucault realiza uma crítica a essas formas de análise do poder, elas consistiram de formas de codificar o poder a partir da Lei e do Rei, sem se constituir como uma análise histórica. O poder, dessa forma, teria sempre caráter negativo, instalaria regras, versaria sobre o lícito e o ilícito, estaria concentrado por direito na mão de um representante, o Rei, o soberano, que usa esse poder de modo a *fazer morrer ou deixar viver*. Foucault critica essa mecânica de poder:

*“Ela é definida de maneira estranhamente limitativa. Primeiro, porque se trataria de um poder pobre em seus recursos, econômico em seus procedimentos, monótono nas técnicas que utiliza, incapaz de invenção e como que condenado a se repetir sempre. Em segundo lugar, porque é um poder que só teria a potência do “não” incapacitado para produzir, apto apenas a colocar limites, seria essencialmente anti-energia; esse seria o paradoxo de sua eficácia: nada a poder, a não ser levar aquele a que sujeita a não fazer somente o que lhe permite.”* (FOUCAULT, 2009, p. 95-96)

Foucault não diz que essa mecânica de poder se extinguiu, mas que aos poucos foi penetrada por mecanismos novos de poder, irreduzíveis a uma representação pela Lei e por um exercício do Rei. São formas de exercício de poder que se instauram a partir do final do século XVIII e se desenvolveram

pelo século XIX e que vão tomar na mão a vida do homem, enquanto um corpo vivo e uma espécie. Essa forma de poder funcionaria:

*“Não pelo direito, mas pela técnica, não pela lei mas pela normalização, não pelo castigo mas pelo controle, e que se exercem em níveis e formas que extravasam do Estado e de seus aparelhos”* (FOUCAULT, 2009, p. 100).

Ao realizar sua analítica do poder, Foucault (2005) propõe algumas precauções metodológicas que nos permitem ilustrar quais as inovações que Foucault propõe: um primeiro ponto seria tentar estudar o poder em suas extremidades, onde ele se capilariza e investe em instituições, consolida-se em técnicas, fornece instrumentos de intervenção. Segundo, não estudar a intenção ou a decisão de quem tem o poder. Na verdade, a pergunta “quem tem poder?” é uma pergunta labiríntica e sem saída, e não corresponde à forma como Foucault concebe o poder. A proposta seria estudar os efeitos das relações de poder: sujeição dos corpos, direção dos gestos, definição de comportamentos. Terceira precaução: o poder circula, ele não se define entre aqueles que o detém e os que não o tem e se submetem a ele. O poder funciona, se exerce em rede, os indivíduos estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder, e também de exercê-lo.

Uma quarta precaução metodológica seria fazer uma análise ascendente do poder é preciso examinar o modo como *“nos níveis mais baixos, os fenômenos, as técnicas, os procedimentos de poder atuam; mostrar como esses procedimentos, se deslocam, se estendem, se modificam, mas, sobretudo, como eles são investidos, anexados por fenômenos globais, e como poderes mais gerais”* (FOUCAULT, 2005, p. 36). A quinta precaução é estudar as relações entre saber e poder, ele não pode se exercer sem a formação, a organização e sem por em circulação um saber. O poder cria instrumentos efetivos de formação e acumulação de saber, são métodos de observação, técnicas de registro, procedimentos de investigação e de pesquisa e aparelhos de verificação. Uma síntese dessas cinco precauções metodológicas é proposta da seguinte maneira:

*“em vez de orientar a pesquisa sobre o poder para o âmbito do edifício jurídico da soberania, para o âmbito dos aparelhos de Estado, para o âmbito das ideologias que o acompanham, creio que se deve orientar a análise do poder para o âmbito da dominação (e não da soberania), para o âmbito dos operadores materiais, para o âmbito das formas de sujeição, para o âmbito das conexões e utilizações dos sistemas locais dessa sujeição e para o âmbito, enfim, dos dispositivos de saber.” (FOUCAULT, 2005, p. 40)*

Se a forma filosófico-jurídica do poder era codificada em termos de soberania e direito, Foucault codifica sua analítica do poder em termos de guerra e dominação. Ele contrapõe o discurso filosófico-jurídico com o aparecimento de um novo discurso o histórico-político:

*“Quando a guerra se viu expulsa para os limites do Estado, ao mesmo tempo centralizada em sua prática e recuada para a sua fronteira, eis que apareceu um certo discurso: um discurso estranho, um discurso novo. Novo, sobretudo, porque creio que é o primeiro discurso histórico-político sobre a sociedade, e que foi muito diferente do discurso filosófico-jurídico que se costumava fazer até então. E esse discurso histórico-político que aparece nesse momento é, ao mesmo tempo, um discurso sobre a guerra entendida como relação social permanente, como fundamento indelével de todas as relações e de todas as instituições de poder” (FOUCAULT, 2005, p. 56).*

Para os fins da nossa análise, não entraremos diretamente nessa questão, mas cabe ressaltar que é partir desse contraponto de discursos que Foucault vai codificar sua analítica de poder em termos de guerra. Ao dizer que a guerra se faz presente *permanentemente* no tecido social, ele quer indicar que dentro da sociedade, os sujeitos estão permanentemente numa frente de batalha uns contra os outros, não haveria um sujeito neutro, a todo o momento seríamos forçosamente adversários uns dos outros. Essa marca distingue o discurso histórico-político na medida em que se torna o:

*“primeiro discurso na sociedade ocidental desde a Idade Média que se pode dizer rigorosamente histórico-político. Primeiro por causa disto: o sujeito que fala nesse discurso, que diz “eu” ou que diz “nós”, não pode, e aliás não procura, ocupar a posição do jurista ou do filósofo, isto é, a posição do sujeito universal, totalizador ou neutro. Nessa luta geral de que ele fala, aquele que fala, aquele que diz a verdade, aquele que narra a história, aquele que recobra a memória e conjura os esquecimentos, pois bem, este está forçosamente de um lado ou do outro: ele está na batalha, ele tem adversários, ele trabalha para uma vitória particular. Claro, sem dúvida, ele faz o discurso do direito, e faz valer o direito, reclama-o. Mas o que ele reclama e o que faz valer são os “seus” direitos - “são os nossos direitos”.” (FOUCAULT, 2005, p. 60).*

Essa batalha política e histórica será palco para a constituição desses novos saberes e poderes, que vão possuir estatuto e efeito de verdade. A verdade vai ser construída nas relações de força e se tornará arma para fornecer força, desequilibrar, acentuar as dissimetrias, enfim, fazer a vitória pender mais para um lado do que para o outro. É com essa mudança de discurso que se funda uma racionalidade crescente, a racionalidade científica pautada nos cálculos, nas estratégias, nos procedimentos técnicos para manter a vitória, para fazer calar, para conservar ou inverter as relações de força. É desse modo que Foucault propõe uma análise do poder pautada na guerra, que analisa as relações de força, as disputas, estratégias, lutas, enfim a dominação entre indivíduos, ao invés de se concentrar numa análise do poder de um soberano sobre seus súditos.

Mas, enfim, o que toda essa mudança de discurso implica? Foucault (2005) vai dizer que se desenvolveu, a partir disso, um racismo biológico-social, e que a guerra não opera entre duas raças ou dois povos, mas sim existe uma guerra permanente dentro de uma única e mesma raça. O que se vê como disputa, polaridade e como fratura binária na sociedade é o desdobramento dessa única raça, em uma super-raça e uma sub-raça:

*“O discurso de um combate que deve ser travado não entre duas raças, mas a partir de uma raça considerada como sendo a*

*verdadeira e a única, aquela que detém o poder e aquela que é titular da norma, contra aqueles que estão fora dessa norma, contra aqueles que constituem outros tantos perigos para o patrimônio biológico. E vamos ver, nesse momento, todos os discursos biológico-racistas sobre a degenerescência, mas também todas as instituições que, no interior do corpo social, vão fazer o discurso da luta das raças funcionarem como princípio de eliminação, de segregação e, finalmente, de normalização da sociedade”.* (FOUCAULT, 2005, p. 73).

Chegamos a um ponto importante, em que podemos entrar no que Foucault chamou de biopoder. Trata-se de uma forma de exercício de poder que caracterizaria a modernidade, e se diferencia do poder soberano que tratamos acima. Como vimos o poder do soberano se exercia a partir de uma concentração de poder na figura do Rei, que tinha o exercício de poder garantido por direito e Lei, e o exercia de forma punitiva, sob a premissa de *fazer morrer ou de deixar viver*. A modernidade se caracterizaria por um poder inverso, um poder que se concentrou para a ascensão da vida, se concentrou no homem enquanto um *ser vivo*, sob a premissa de *fazer viver e deixar morrer*. A partir do século XVIII o problema da vida começa a se tornar um problema no campo do pensamento político.

É neste contexto que Foucault analisa a constituição de novas técnicas de poder, que vão se concentrar primeiramente sob o corpo humano de forma individual. Trata-se do *poder disciplinar* que utiliza procedimentos que asseguram a distribuição espacial dos corpos individuais a partir da sua separação, alinhamento, colocação em série e em vigilância para organizá-los em um campo de visibilidade. Além da distribuição e vigilância, utilizava de técnicas de adestramento do corpo, ampliação de suas aptidões, extorsão das suas forças, crescimento de sua utilidade e docilidade, e integração em sistemas de controle eficazes. Esses procedimentos caracterizaram as disciplinas anatomo-políticas do corpo humano.

No final do século XVIII se desenvolve outra tecnologia do poder que não exclui a disciplinar, mas a integra e modifica. E se instala graças a essa tecnologia prévia de poder. Trata-se de um poder que se concentrou no corpo

enquanto uma espécie biológica, e teve como preocupação regular os processos de nascimento, mortalidade, nível de saúde, duração da vida, longevidade. Constituiu-se como um poder de regulação da espécie humana, uma *biopolítica da população*. Logo, podemos entender este biopoder como:

*“as disciplinas do corpo e as regulações da população constituem os dois pólos em torno dos quais se desenvolveu a organização do poder sobre a vida. A instalação – durante a época clássica, desta grande tecnologia de duas faces – anatômica e biológica, individualizante e especificante, voltada para os desempenhos do corpo e encarando os processos da vida caracteriza um poder cuja função mais elevada já não é mais matar, mas investir sobre a vida, de cima a baixo.” (FOUCAULT, 2009, p. 152).*

Tanto o poder disciplinar, que trata da relação indivíduo-corpo, através das disciplinas e das instituições, quanto à biopolítica, que aborda a população como problema científico e político e que trata da regulamentação dos processos biológicos do homem-espécie, apoiam-se em conhecimentos sobre a realidade, em formações discursivas, em verdades normativas em estreita combinação com a ciência. O objetivo é sempre o de aprimorar a vigilância social, almejando uma pretensa normalidade ditada pelas disciplinas científicas. Trama de saber e poder superpostos em prol da dominação e da sujeição dos corpos e da população. O biopoder, portanto se caracteriza, como um poder cuja função mais elevada não é matar ou punir, mas investir sobre a vida, há com isso uma proliferação de tecnologias políticas, que vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras corretas de se alimentar, de morar, de viver e se relacionar, enfim de todo um espaço de existência. (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2010).

O ponto de articulação dessas duas tecnologias de poder, disciplinar e regulamentar será a *norma*. A norma será o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. Pelo fato dessas duas tecnologias de poder esquadriharem o corpo social e determinarem os espaços de existência, Foucault vai nomear este momento como Sociedade de Normalização.

Mas se esse poder se incumbiu da vida, de geri-la e aprimorá-la, podemos nos perguntar: e a morte, que espaço tem nessa sociedade? Foucault trata disso de duas formas, uma primeira seria:

*“agora que o poder é cada vez menos o direito de fazer morrer e cada vez mais o direito de intervir para fazer viver, e na maneira de viver, e no "como" da vida, a partir do momento em que, portanto, o poder intervém sobretudo nesse nível para aumentar a vida, para controlar seus acidentes, suas eventualidades, suas deficiências, daí por diante a morte, como termo da vida, é evidentemente o termo, o limite, a extremidade do poder. Ela está do lado de fora, em relação ao poder: é o que cai fora de seu domínio, e sobre o que o poder só terá domínio de modo geral, global, estatístico. Isso sobre o que o poder tem domínio não é a morte, é a mortalidade. E, nessa medida, é normal que a morte, agora, passe para o âmbito do privado e do que há de mais privado. Enquanto, no direito de soberania, a morte era o ponto em que mais brilhava, da forma mais manifesta, o absoluto poder do soberano, agora a morte vai ser, ao contrário, o momento em que o indivíduo escapa a qualquer poder, volta a si mesmo e se ensimesma, de certo modo, em sua parte mais privada. O poder já não conhece a morte. No sentido estrito, o poder deixa a morte de lado.” (FOUCAULT, 2005, p. 295-296)*

Vemos em um primeiro ponto que a morte é um avesso do biopoder, é um fenômeno sem alcance por este tipo de poder. Em um segundo ponto, Foucault vai tratar de como o biopoder exerce um efeito de morte, e é neste ponto que voltamos à questão do racismo:

*“Que é o racismo? É, primeiro, o meio de introduzir afinal, nesse domínio da vida de que o poder se incumbiu, um corte: o corte entre o que deve viver e o que deve morrer. No contínuo biológico da espécie humana, o aparecimento das raças, a distinção das raças, a hierarquia das raças, a qualificação de certas raças como boas e de outras, ao contrário, como inferiores, tudo isso vai ser uma maneira de fragmentar esse campo do biológico de que o poder se incumbiu; uma maneira de defasar, no interior da população, uns grupos em relação aos outros. (...) De outro lado (...) o racismo vai permitir*

*estabelecer, entre a minha vida e a morte do outro, uma relação do tipo biológico: "quanto mais as espécies inferiores tenderem a desaparecer, quanto mais os indivíduos anormais forem eliminados, menos degenerados haverá em relação a espécie, mais eu - não enquanto indivíduo mas enquanto espécie - viverei, mais forte serei, mais vigoroso serei, mais poderei proliferar". A morte do outro não é simplesmente a minha vida, na medida em que seria minha segurança pessoal; a morte do outro, a morte da raça ruim, da raça inferior (ou do degenerado, ou do anormal), é que vai deixar a vida em geral mais sadia e mais pura." (FOUCAULT, 2005, p. 305).*

Assim, vemos que este biopoder para exercer seu poder de morte, só pode fazê-lo através do racismo. A morte aqui não deve ser entendida apenas como o assassinato direto, mas como suas faces indiretas: a rejeição, expulsão, o descrédito, a segregação, entre outros tantos infortúnios que podem se colocar a determinados grupos. Além disso, essa batalha entre raças pode também aparecer de forma direta, como no caso do nazismo, e das formas mais indiretas e sutis possíveis. O recente caso da intervenção do Estado paulista na região conhecida como Cracolândia é um exemplo interessante de como esse efeito de racismo atua sobre determinados grupos considerados perigosos. O Estado atuou de forma a extinguir um grupo social a fim de manter a segurança e saúde da população. É desta maneira que vida e morte se articulam no biopoder.

Em síntese, o poder, nesta perspectiva, tem caráter positivo, no sentido de ser constitutivo, determinante e de participar ativamente da produção de modos de subjetivação, da elaboração do cotidiano das pessoas, sujeitando-as a verdades normativas que prefixam sua vida e as suas relações. Da ligação entre saber e poder emergem os sistemas de vigilância, praticados não apenas pelo sistema judiciário e penal, mas também pela medicina, pela pedagogia, pela psicologia, pela economia enfim, por todos os campos de saber. Foucault propõe formas alternativas de análise do poder baseadas no modelo da guerra, analisando principalmente as relações de poder e seus efeitos. O biopoder foi um poder que tomou nas mãos a vida de forma a geri-la e aprimorá-la, sob a forma das disciplinas e da biopolítica. E se exerce sob a morte através do

racismo, por um combate permanente dentro da sociedade da normalização (ROMAGNOLI, 2006; FOUCAULT, 2009; MARTINS; PEIXOTO JÚNIOR, 2009).

### **Do Cuidado de Si ao Cuidado nas práticas de saúde: invenção de si, resistência, protagonismo, liberdade.**

Nessas fases de estudo, portanto, se enfatiza como estes efeitos de saber-poder controlam a vida da população e determinam e padronizam seus modos de vida e subjetividade. O uso desta análise é importante no campo da saúde, que lida diariamente com a população, a fim de entender como ela pode servir para controlar, impor estilos de vida considerados saudáveis, medicalizar e operar de modo racista no seu cotidiano de trabalho, criando com isso uma normalização dos modos de vida. Veremos nessa segunda parte como Foucault pensou alternativas de resistências a estes efeitos de poder, a partir do conceito de *Cuidado de Si*. Além disso veremos também como o conceito de *Cuidado* tem sido utilizado na saúde coletiva.

Em sua última fase de pensamento Foucault muda seu objeto de estudo, investigando as formas de constituição da subjetividade do sujeito, com o projeto de entender como o sujeito pode ser capaz de construir para si uma *subjetividade-outra*, resistindo e se libertando das tramas de constituição do sujeito a partir das tecnologias de poder tratadas anteriormente. Foucault ao tratar dessa nova fase, comenta :

*“Parecia que agora seria preciso empreender um terceiro deslocamento a fim de analisar o que é designado como “o sujeito”; convinha pesquisar quais são as formas e as modalidades da relação consigo através das quais o indivíduo se constitui e se reconhece como sujeito” (FOUCAULT, 2012. p. 12).*

Foucault, nesta fase, dirige seu estudo para a Antiguidade como forma de pensar o presente. O autor se debruçou sobre o pensamento moral dos gregos e romanos, enfatizando que para eles não havia a tentativa de imposição de uma moral universal para seus cidadãos. De acordo com ele, as reflexões na Antiguidade eram mais orientadas para as *práticas de si* do que para

codificações de conduta e para definições estritas do que era permitido ou proibido (FOUCAULT, 2011, 2012).

O que está em jogo nesta fase de pensamento, é como o sujeito pode constituir se a si mesmo como um sujeito moral. Dito em outras palavras, o foco está nos modos de sujeição: à maneira pela qual o indivíduo estabelece sua relação com um código moral e se reconhece como ligado ou não à obrigação de pô-lo em prática. Trata-se, sobretudo, de um projeto de pensar como o sujeito, através de um trabalho ético e reflexivo, pode tentar transformar a si mesmo como um sujeito moral de sua própria conduta (FOUCAULT, 2012).

*“É verdade que toda ação moral comporta uma relação ao real em que se efetua, e uma relação com o código a que se refere; mas ela implica também uma certa relação a si ; essa relação não é simplesmente “consciência de si”, mas constituição de si enquanto “sujeito moral” na qual o indivíduo circunscreve a parte dele mesmo que constitui o objeto dessa prática moral, define sua posição em relação ao preceito que respeita, estabelece para si um certo modo de ser que valerá como realização moral dele mesmo; e, para tal age sobre si mesmo, procura conhecer-se, controla-se, põe-se a prova, aperfeiçoa-se, transforma-se” (FOUCAULT, 2012, pag. 37)*

É nessa fase de pensamento que surge na obra de Foucault, o conceito de **Cuidado de Si**, que seria uma arte de reinvenção de si, de luta contra as formas de subjetivação de sujeição (FOUCAULT, 2011).

O sujeito seria capaz de resistir as tramas do poder, se reinventar como sujeito a partir das práticas de cuidado de si. Este exercício se consistiria como uma verdadeira ação micropolítica da existência, pois a resistência e as mudanças operam no campo do singular, do cotidiano.

*“Estas devem ser entendidas como as práticas racionais e voluntárias pelas quais os homens não apenas determinam para si mesmos regras de conduta, como também buscam transformar-se. Modificar-se em seu ser singular, e fazer de sua vida uma obra que seja*

*portadora de certos valores estéticos e que corresponda a certos critérios de estilo.” (SOUZA FILHO, 2008, p. 21).*

De acordo com Revel, J (2005) a expressão *Cuidado de si* indica o conjunto das experiências e das técnicas que o sujeito elabora e que o ajuda a transformar-se a si mesmo. Nardi e Silva (2005) compreendem este conceito como o conjunto de tecnologias e experiências que participam do processo de (auto) constituição e transformação do sujeito. Souza Filho (2008, p.21) ao esmiuçar sobre estas tecnologias e experiências, chama a atenção para os exercícios de si:

*“o sujeito exercita-se pelo pensamento a considerar como devendo produzir-se como uma obra de arte, permanecendo mestre de si, vivendo consigo mesmo, repousando em si próprio, refletindo sobre a natureza de seu próprio governo, sendo o sujeito ético que se pensa, sendo capaz de agir em função de uma verdade, e devendo sê-lo pelo exercício da reflexividade e da ação.”*

O cuidado de si é, portanto, “exercício filosófico”, cuidado ético-moral de si mesmo, envolvendo exercícios constantes e diários de reflexão e conhecimento sobre si mesmo, orientado para uma estilização da vida, de acordo com critérios estéticos de que é bom, belo e justo. O cuidado de si para Foucault (2011) era um exercício de construção de uma existência como uma obra de arte. Esta construção da própria existência, o governo de si, de seus desejos, vontades e destino implica, sobretudo, uma prática libertadora.

Esta prática libertadora é da ordem dos *ensaios*, das *experiências*, dos *inventos*, tentados pelos próprios sujeitos que, ao refletirem e agirem sobre si, inventarão seus próprios destinos. Trata-se de uma liberdade que nunca será absoluta, já que não existe vitória para o sujeito contra as determinações do poder. Trata-se de uma luta sem fim, pois onde há resistência, há poder. Trata-se de uma disputa do sujeito ético em estar sempre reinventado suas determinações (SOUZA FILHO, 2008).

Em outras palavras, não há possibilidade de totalização da liberdade. A leitura que Foucault faz dos gregos e romanos antigos é que estes se ocuparam constantemente de um exercício sobre si, ou melhor dizendo um

cuidado sobre si a fim de que vivessem uma vida bela, e deixar para os outros a memória de uma existência bela (SOUZA FILHO, 2008).

Não se pode pensar que esse tipo de ética fosse uma tentativa de normalizar a população. Não havia a intenção de uma moral única para todos. Cuidar de si é o movimento que nos impulsiona a deixar de ser nós mesmos, no sentido de tomar distância de nossa identidade pré-constituída. Foucault também chamou esse movimento de desassujeitamento (FOUCAULT, 2011).

É neste ponto que o conceito de Cuidado de Si se mostra como possibilidade de enfrentamento político e ético das determinações das relações de poder tratadas anteriormente. As práticas de governo e controle produzem também o seu avesso: práticas de liberdade. Estas não significam um modo de se recusarem as estratégias de governo, e sim uma maneira de construção de novos sentidos, novas formas de existência. As práticas de liberdade, nesse caso, são políticas de não-escravidão, maneiras de contestação do que é imposto pela cultura, pelas tramas de poder (BERNARDES; PELICCIOLI; GUARESCHI, 2010 ; FOUCAULT, 2012).

Como não é possível estar fora das relações de poder é, nas artes críticas do cuidado de si, que pode ser possível diminuir os efeitos de nossa fabricação social, dos investimentos do poder em nós mesmo. Exercícios de si pelos quais se pode, ao longo de toda a vida, viver a existência como experimentos de liberdade. Trata-se, sobretudo, de um conceito que trás a possibilidade de uma nova prática política: a **resistência**, baseada na luta e engajamento por novas formas de existência (SOUZA FILHO, 2008).

O Cuidado de Si, deste modo, compõe o campo das lutas micropolíticas cotidianas, em que os sujeitos procuram elaborar suas vidas criando novos modos de vida, novas subjetivações: mulheres-feministas, homossexuais, travestis, negros, mestiços, migrantes, através de suas lutas específicas, exercitam a crítica das sujeições a que são constantemente impulsionados a obedecer (SOUZA FILHO, 2008).

No campo da saúde coletiva, percebemos que o conceito de Cuidado também tem sido cada vez mais trabalhado por autores como uma possibilidade de mudanças nas práticas assistenciais. Além disso, têm se

mostrado como um conceito crítico às práticas assistenciais tradicionais na saúde. De acordo com Ayres (2009, p. 18) elas seriam: *“a visão segmentada, não conseguir ver a totalidade do paciente e o paciente no seu contexto; uma abordagem muito centrada na patologia; a pobreza da relação e interação entre profissionais e usuários e entre os diversos profissionais da equipe; e, especialmente o frágil compromisso com o bem-estar dos usuários”*

Têm-se pensado o Cuidado como um paradigma e um princípio ético nas práticas de saúde, ao apontar a importância das relações entre usuário-profissional no trabalho em saúde, estimulando uma nova postura e fazer profissional e a valorização dos usuários em suas decisões e desejos de conduzir a própria vida (CARVALHO; MAIA, 2009). É também pensado como um valor, uma categoria que enfatiza o diálogo, a reflexão e a crítica responsável sobre as questões que nos inquietam e nos desassossegam em nossas atividades, pesquisas e nos serviços de saúde (PINHEIRO; SILVA JUNIOR 2010).

Para Plastino (2009, p. 54) o cuidado antes de ser uma ação, é uma atitude essencial que exprime a consideração pelo outro e por suas necessidades, ele se revela como uma dimensão ética, baseada no reconhecimento da alteridade, na diminuição do narcisismo e da onipotência. É uma atitude fundante com o outro que constitui *“a condição fundamental para o vir a ser do sujeito para o desenvolvimento de sua singularidade.”*

De acordo com Ayres (2009, p. 18) a ideia de *Cuidado* vem justamente tentar reconstruir uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, *“buscando recompor competências, relações e implicações, fragmentadas, empobrecidas e desconexas”*, já que coloca em visibilidade o sujeito a quem se destina as ações de saúde, tensionando uma nova postura profissional capaz de potencializar sujeitos mais responsáveis pelos seus próprios projetos de vida.

*“atribuímos, aqui, ao Cuidado o estatuto de uma categoria reconstrutiva, querendo com isso nos referir à aposta de que existe uma potencialidade reconciliadora entre as práticas assistenciais e a vida, ou seja a possibilidade de um diálogo aberto e produtivo entre a*

*tecnociência médica e a construção livre e solidária de uma vida que se quer feliz, a que estamos chamando de Cuidado” (AYRES, 2011, p. 62-63)*

A partir do conceito de Cuidado, Ayres (2009, p. 18) repensa e cria algumas práticas de cuidado para os serviços de saúde, são eles : a escuta, acolhimento, estabelecimento de vínculo e responsabilidades, humanização, noção de vulnerabilidade, a diferença entre exito técnico e sucesso prático. Além dessas tecnologias, ele reformula o objetivo das práticas de saúde que passam a ser pautados pelos *projetos de felicidade* dos usuários, este objetivo passa a ser “*uma espécie de horizonte normativo implicado na noção de Cuidado*” .

Ayres (2009) desenvolve esta noção a partir da filosofia de Heidegger, que entende *projeto*, no sentido existencial como um reiterado e inexorável movimento de tomar para si o eu, o outro e o mundo que permite estar cada vez mais (re)conhecendo o próprio modo de ser, atualizando a compreensão de si e do mundo que nos situa e move existencialmente, racional e afetivamente. Já a *felicidade*, é uma idéia reguladora, algo que orienta nossas decisões, ações, atitudes e escolhas.

Longe de analisar profundamente estes conceitos, nosso objetivo aqui foi mostrar como eles podem ser importantes para pensarmos estratégias de combate aos efeitos de saber-poder normalizadores para o campo da saúde. Respeitando as diferenças epistemológicas e conceituais, podemos pensar que o conceito de Cuidado de Si e de Cuidado a partir dos Projetos de Felicidade possuem semelhanças e trazem para um campo de visibilidade a importância do usuário no processo de saúde, no que concerne ao seu protagonismo, suas resistências, sua importância na relação de cuidado, o respeito a alteridade e diferentes formas de viver.

Neste trabalho, estes conceitos e ideias de Cuidado servem como uma forma de pensar um nova ética para as práticas de cuidado, um novo agir em saúde. Trata-se de um conceito impulsionador para criar formas teóricas e práticas para gerir a clinica e o cuidado a fim de torná-lo mais ético,

humanizado, comprometido com a produção de subjetividades, diferenças e bem-estar.

### **3. Procurando Sentidos em documentos oficiais:** Análise documental

Neste capítulo apresentamos a discussão referente ao trabalho de Análise documental. Realizamos uma análise de documentos oficiais, com o objetivo de compreender as práticas discursivas sobre o modelo de atenção em saúde da ESF e especificamente os sentidos sobre *práticas de cuidado e famílias* presentes nestes documentos, e como há o uso destes repertórios no que concerne aos efeitos de poder sob a vida das famílias da ESF.

#### **Sobre o Corpus**

Em primeiro lugar realizamos a definição do Corpus da pesquisa: a identificação do conjunto de documentos disponíveis e a seleção de documentos para análise (PEDROSA, 2006). O Corpus foi formado a partir de um universo de documentos disponíveis, que foram selecionados de forma gradativa a partir da aproximação sucessiva com esse universo. Adotamos os seguintes critérios de inclusão:

- Documentos oficiais com acesso virtual
- Documentos oficiais produzidos pelo Ministério da Saúde (MS)<sup>2</sup>
- Documentos produzidos para a Atenção Básica, preferencialmente para a ESF.
- Documentos que articulam as práticas discursivas sobre Práticas de Cuidado e Família no plano dos micro-processos do cotidiano de trabalho da ESF.

A partir da aproximação sucessiva com o universo de documentos oficiais, e levando em consideração os critérios de seleção obtivemos 37 documentos produzidos pelo Ministério da Saúde. Estes documentos foram lidos a fim de identificar a relevância para os objetivos desta pesquisa. A tabela com estes documentos pode ser visualizada no Anexo 1.

---

<sup>2</sup> A princípio buscamos documentos nacionais, estaduais e municipais. Entretanto não obtivemos um corpo de documentos significativos do âmbito estadual e municipal. Optamos assim por analisar somente os nacionais.

Após esta primeira leitura, selecionamos os documentos que mais continham as práticas discursivas sobre Práticas de Cuidado e Família no plano dos micro-processos do cotidiano de trabalho da ESF. Esta seleção resultou e 10 documentos que se mostraram os mais abrangentes para os objetivos desta pesquisa. Assim formamos um conjunto de documentos que ressaltam: (1) os aspectos de concepção da ESF, caracterizando seu modelo de atenção, (2) as práticas discursivas sobre famílias e (3) as práticas de cuidado.

A tabela 1 apresenta os documentos selecionados, por ordem de produção, título do documento e o critério de inclusão que justifica sua escolha.

**Tabela 1- Documentos selecionados para análise.**

<b>Doc.</b>	<b>Data</b>	<b>Título do documento</b>	<b>Critério de inclusão</b>
1	1997	<i>Saúde da Família uma estratégia para a mudança do modelo assistencial</i>	Abrange os fundamentos da ESF e os aspectos teóricos e operacionais deste modelo de atenção.
2	2000	<i>Caderno de Atenção Básica 1 – A implantação da USF</i>	Abrange os fundamentos da ESF e os aspectos teóricos e operacionais deste modelo de atenção.
3	2000	<i>Caderno de Atenção Básica 2 – Treinamento introdutório: PSF</i>	Apresenta práticas de cuidado e a atuação dos profissionais no contexto da ESF bem como a atenção às famílias.
4	2002	<i>Guia prático do Programa Saúde da Família</i>	Apresenta práticas de cuidado e a atuação dos profissionais no contexto da ESF bem como a atenção às famílias.
5	2005	<i>Curso de facilitadores em educação permanente – modulo: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde</i>	Apresenta práticas de cuidado e a atuação dos profissionais no contexto da ESF bem como a atenção às famílias.
6	2006	<i>Política nacional de promoção à saúde</i>	Apresenta uma política transversal do SUS com influencia no cotidiano de trabalho da ESF.
7	2009	<i>Guia prático do agente comunitário de saúde</i>	Apresenta práticas de saúde e a atuação dos profissionais no contexto da ESF bem como a atenção às famílias.
8	2009	<i>O HumanizaSus na Atenção Básica</i>	Apresenta uma política transversal do SUS com influencia no cotidiano de trabalho da ESF.
9	2010	<i>Caderno de Atenção</i>	Apresenta práticas discursivas sobre

		<i>Básica 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva</i>	famílias.
10	2012	<i>Política Nacional de atenção Básica</i>	Apresenta práticas de cuidado e a atuação dos profissionais no contexto da ESF

Como são todos documentos produzidos pela mesma instituição (MS), percebemos que possuem bastantes semelhanças nas perspectivas, teorias e repertórios utilizados, em suma percebemos que as condições de produção (entendidas aqui tanto como contexto social, histórico e interacional) são bastante parecidas.

As diferenças entre os documentos dizem respeito mais aos aspectos performáticos da linguagem (quando, em que condições, com que intenção, de que modo, para quem): os 10 documentos, cobrem um período de 15 anos da ESF (1997-2012); a destinação dos documentos varia entre gestores, profissionais de saúde com ensino superior, agente comunitário de saúde e facilitador de educação permanente; a maior parte dos documentos tem caráter técnico, e dois deles tem o caráter de lei.

Percebemos um processo de interanimação dialógica que confronta práticas discursivas de diferentes tempos. Entre o Tempo Longo, representado por discursos históricos e institucionalizados do campo da saúde, e dos diferentes modelos de atenção com destaque para o confronto entre o biomédico-individualizante e os modelos pós-reforma sanitária; o Tempo Vivido, ao problematizar as diferentes práticas de atenção e gestão no período de existência do SUS; e o Tempo Curto ao colocar a ESF como uma política pública de saúde que visa a “reorientação da prática assistencial no SUS”, (Doc 1) assumindo um verdadeiro sentido de inovação no campo da saúde pública no Brasil.

Feito este breve levantamento sobre o *corpus*, discutiremos a seguir os núcleos de sentido.

### **Núcleos de sentido**

A análise iniciou-se com uma imersão no conjunto de informações coletadas, procurando deixar aflorar os sentidos. Realizamos um confronto

entre os sentidos construídos no processo de trabalho de campo e aqueles decorrentes da familiarização prévia com o referencial teórico. Buscando trabalhar a dialogia implícita na produção de sentidos e o encadeamento de idéias (SPINK ; LIMA, 2004).

No procedimento de análise, cada documento foi recortados e selecionados elementos do textos a fim de criar um texto com sentido. Este texto representou uma síntese do documento, contendo trechos do documento. Esta etapa de criação dos textos possibilitou um trabalho de interpretação do sentido dos documentos.

Posteriormente foram criadas árvores de associação de idéias a partir dos textos com sentido. As árvores constituem um recurso para entender como uma determinada idéia é construída no contexto dialógico. Trata-se, sobretudo, de um recurso visual para compreender o fluxo de associação de idéias (SPINK ; LIMA, 2004). As árvores de sentido, neste trabalho, centraram-se principalmente em três idéias principais : modelo de atenção, sentidos sobre família, sentidos sobre prática de cuidado e Cuidado. A título de exemplo, disponibilizamos algumas árvores de associação de idéias no Anexo 2.

Após a confecção dos textos com sentido e das árvores de associação de idéias para cada um dos documentos, foi possível visualizar os sentidos principais presentes nos documentos. Com isso, definimos três núcleos de sentido que são discutidos a partir da interpretação com o nosso referencial teórico, que são : (1) A Estratégia Saúde da Família como um dispositivo de governamentalidade ; (2) algumas práticas discursivas sobre famílias : o lugar da norma nas estratégias de Governamentalidade ; (3) A emergência do Cuidado e da Humanização nas práticas de saúde.

### **1° Estratégia Saúde da Família (ESF) como um dispositivo de Governamentalidade**

Percebemos que as práticas discursivas da ESF são expressas como possibilidade de invenção, de desinstituir o institucionalizado, de criar novas posturas de relação entre profissionais e usuários. Os documentos são

marcados pelo sentido de que a ESF surge como a proposta estratégica para concretizar a Atenção Básica do SUS. Mais que isso, há uma aposta de que a ESF seja responsável “pela reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde” (Doc. 1)

*“Como um projeto estruturante, Saúde da Família deve provocar uma transformação interna ao próprio sistema, com vistas à reorganização das ações e serviços de saúde. Essa mudança implica na colaboração entre as áreas de promoção e assistência à saúde, rompendo com a dicotomia entre as ações de saúde pública e a atenção médica individual.” (Doc 1.)*

Sinteticamente, o modelo de atenção da ESF está configurado a partir de uma racionalidade da vigilância à saúde e da epidemiologia cujo enfoque de ações vai desde o âmbito coletivo ao individual-singular. A integralidade é manifestada em um primeiro sentido como um conjunto de ações de “promoção e proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação, redução de danos e manutenção da saúde” (Doc 10) ; e em um segundo sentido como uma concepção do sujeito de forma integral. As equipes são multiprofissionais e se responsabilizam por territórios definidos, estabelecendo interação com a comunidade a fim de mudar o perfil epidemiológico longitudinalmente.

Como fundamentos e diretrizes para o trabalho das equipes de ESF define-se as “práticas de cuidado e gestão dirigidas a populações de territórios definidos”. Assumindo a vinculação e a corresponsabilização pela atenção às necessidades sanitárias, através da longitudinalidade no cuidado, coordenação da integralidade, ampliação da autonomia dos usuários e coletividades que exercem o controle social. Além disso, a ESF tem as funções de ser base, resolutiva, coordenar o cuidado e ordenar as redes (Doc 10).

De acordo com os documentos, a ESF representa a possibilidade de efetivação dos princípios da Reforma Sanitária e do Sistema Único de Saúde, trazendo para discussão no campo da saúde a questão dos ideais de

democracia. A saúde passa a se objetivar como direito fundamental para o exercício de cidadania, e ilumina toda uma população que esteve historicamente a margem das políticas públicas. Trata-se como afirma Bernardes, Pelliccioli e Guareschi (2010, p. 7) de “um movimento que modifica as maneiras de conceber a relação do Estado com a população em termos de condições e novas possibilidades de vida”

Como explicitado anteriormente, a interpretação dos documentos nesta pesquisa pautou-se pelos princípios da pesquisa no construcionismo social. Nesta perspectiva cabe a nós questionarmos verdades instituídas. Apesar de toda a potência que as práticas discursivas da ESF trazem para o campo da saúde, é preciso questionar alguns efeitos dessas práticas. Neste trabalho adotamos o referencial teórico das análises de poder de Foucault para interpretarmos os documentos, nos levando a questão central da ESF como exercício de governamentalidade do Estado brasileiro.

De acordo com Foucault (2010), os estados modernos teriam se constituído a partir do surgimento do problema da população, desenvolvendo uma arte de governo denominada *governamentalidade*, um tipo de uso de poder que se insere na relação entre segurança, população e governo. Em outras palavras, a governamentalidade pode ser descrita como o esforço de criar sujeitos governáveis através de técnicas de controle, normalização e moldagem das condutas das pessoas. Os estudos de governamentalidade examinam as relações entre as racionalidades de poder e os processos de subjetivação (FOUCAULT, 2010; FIMYAR, 2009). Os efeitos de poder, nesta perspectiva, tem caráter positivo, no sentido de serem constitutivos e determinantes na produção de modos de ser, de elaboração do cotidiano das pessoas, e da normalização das condutas (ROMAGNOLI, 2006; FOUCAULT, 2009; MARTINS ; PEIXOTO JUNIOR, 2009).

O modelo de atenção da ESF se estrutura como um verdadeiro dispositivo que tem como objetivo realizar o governo da população. Existe nos documentos uma série de vocabulários que expressam essa característica de governamentalidade e controle da população. O mais frequente deles e que define o principal objetivo da ESF é a “permanente

defesa da vida da população” (Doc 1, 2, 6). Essa proposição é justamente o que caracteriza a governamentalidade, já que para o Estado liberal, o bem-estar, a saúde e a eficiência da população são percebidos como objetivos de governo (FOUCAULT, 2010). O liberalismo como nova racionalidade governamental vê a *segurança* da população como sua preocupação fundamental, pois a segurança da população é a base da prosperidade do Estado.

Outros *vocabulários da governamentalidade* que expressam esse caráter de controle da população e objetivo das ações de saúde da ESF são: “monitoramento constante da situação de saúde da população”, “vigilância e busca ativa”, “mudança do perfil epidemiológico da população”, “romper muros, ir onde as pessoas vivem, trabalham e se relacionam”, “observação e caracterização das áreas de risco”, “mapeamento do território”, “visita domiciliar”, “cadastro e identificação das famílias”, “permanente interação com a comunidade”, “estimular a prática de hábitos saudáveis”.

Adicionalmente, a ESF se destaca de outros dispositivos de controle por sua característica de adentrar os territórios existenciais das famílias. Ampliando a capacidade de governo inclusive em comunidades onde historicamente havia ausência do Estado (Doc. 4). Essa potencialidade se dá a partir de algumas ferramentas da ESF: visita domiciliar, busca ativa, periodicidade mensal de monitoramento das famílias. A Figura 1 ilustra essa potência da ESF de se tornar parte do cotidiano da população, e de monitorar e controlar a saúde da população.

**Figura 1- A saúde bate a porta.**



**Fonte : Mostra a saúde bate a porta, Ministério da Saúde.**

Nesse ínterim cabe discutir o surgimento do biopoder, um poder que objetiva investir sobre a vida. Com seu surgimento houve uma proliferação de tecnologias políticas, que investiram sobre o corpo, a saúde, as maneiras corretas de se alimentar, de morar, de viver e se relacionar, enfim de todo um espaço de existência (FOUCAULT, 2009; MACHADO, 2010). O biopoder se utiliza de duas técnicas de poder, o *poder disciplinar* que se concentra sob o corpo humano de forma individual com o objetivo de adestrá-lo, ampliar suas aptidões e forças, fazer crescer sua utilidade e docilidade, e integrá-lo em sistemas de controle eficazes; e uma segunda técnica que integra e modifica as disciplinas, a *biopolítica* que se concentrou no corpo enquanto uma espécie biológica, e teve como preocupação regular os processos de nascimento, mortalidade, nível de saúde, duração da vida, longevidade, constituiu-se como um poder de regulação da população.

A ESF conta em seu arsenal de ações com os dois tipos de tecnologias de poder. A ESF utiliza-se das disciplinas, ao realizar um verdadeiro esquadramento dos territórios onde a população vive e se relaciona, a partir da técnica de mapeamento territorial que envolve *mapas estáticos* capazes de colocar em visualização ruas, domicílios, estabelecimentos, e de *mapas dinâmicos* que estabelecem a localização de grupos de risco ou prioritários (Doc 2, 4). A partir disso, realizam-se procedimentos de buscas ativas e cadastramento das famílias e indivíduos (Doc 2, 4, 7). Esses procedimentos asseguram a distribuição espacial dos corpos individuais a partir da sua separação, alinhamento, colocação em série e em vigilância para organizá-los em um campo de visibilidade.

A biopolítica se exerce a partir das ofertas de serviços básicos para a população como as ações de saúde da criança, saúde da mulher, saúde reprodutiva, planejamento familiar, ações de monitoramento das condições de vida e de doenças, notificação compulsórias de agravos, procedimentos de caráter obrigatório como vacinas, exames de rotina (Doc 2, 4, 6, 7). O trecho abaixo representa como são postas em prática estas duas tecnologias de poder de controle, monitoramento, regulação e visibilidade a partir das atividades de cadastramento das famílias da ESF:

*“Potencialização das atividades de vigilância epidemiológica e sanitária, por meio da localização espacial de casos e contatos domiciliares, dos faltosos aos programas, facilitando a realização de ações de busca ativa, vacinação de bloqueio, acompanhamento domiciliar, tratamento supervisionado, entre outras, de modo ágil e oportuno” (Doc 4).*

O ponto mais visível dessas técnicas de poder aparece no documento 6 *Política de Promoção de Saúde*, que se configura como uma política transversal do SUS. A promoção de saúde é um movimento internacional no campo da saúde. No Brasil se tornou uma política de saúde a partir do ano de 2006. As práticas discursivas de promoção de saúde na política brasileira manifestam um pluralidade de discursos que Carvalho (2004) distingue como os da ótica neoliberal que considera os aspectos de mudança individualista, voltado para a regulação e vigilância; e os discursos de caráter progressista do projeto da Nova Promoção de Saúde que representa um esforço de atualização dos compromissos com o bem comum, a equidade social e os princípios democráticos da Saúde Pública.

Existe uma série de práticas discursivas nesse documento que se assemelham aos objetivos da governamentalidade. A política de promoção de saúde coloca como seu objetivo principal a “defesa e garantia da vida” (Doc 6), o trecho abaixo parece conter vozes do referencial teórico da governamentalidade:

*“As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de*

*transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde e dos problemas sanitários” (Doc 6).*

A política de promoção de saúde surge alinhada a tentativa do estado de governar a vida da população, gerenciá-la, ampliar suas forças e produtividade. A Promoção de Saúde atua sobre os *modos de vida* da população: “os modos como sujeitos e coletividades elegem determinados opções de viver como desejáveis, organizam suas escolhas e criam novas possibilidades para satisfazer suas necessidades” (Doc. 6).

Algumas práticas discursivas presentes na sessão de “ações específicas” do documento expressam possíveis efeitos de poder sob a vida da população que esta política almeja. Trata-se de ações em estreita relação com a Vigilância em Saúde, e que causam efeitos de poder de controle e imposição de estilos de vida considerados saudáveis a partir da: “promoção da alimentação saudável”, do “estímulo às práticas corporais e atividade física”, da “prevenção e controle do tabagismo”, “redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e drogas”, e “prevenção da violência e estímulo a cultura de paz” (Doc. 6).

De acordo com Ferreira Neto et al. (2009) a Promoção de Saúde traz para a ESF uma intensificação da monitoração da vida e das condições de saúde, focando em ações centradas na mudança de estilos de vida. Na formulação de Foucault, tais práticas estabelecem o imperativo de saúde: “dever de cada um e objetivo de todos” (FOUCAULT, 2010, p. 197). É nesse íterim que a estratégia de estímulo ao *autocuidado* (Doc 4, 6, 9) aparece como um dos elementos fundamentais no trabalho em saúde, aliada a perspectiva de *educação em saúde* (Doc 1, 6). O autocuidado aparece como elemento disciplinar cada vez mais enfatizado tanto nos programas de saúde pública, quanto nas orientações oriundas da saúde privada (FERREIRA NETO et al., 2009). Rose (2007) alerta para a questão de que se foca cada vez menos nas doenças e mais na capacidade de cada um gerenciar, remodelar e modular a suas capacidades vitais, é o que ele denomina como “políticas da vida” (politics of life itself).

A partir das análises das práticas discursivas sobre o modelo de atenção da ESF, percebemos que ela se configura como um importante dispositivo de controle e monitoramento da vida, e que possui alguns elementos que a destacam de outras estratégias de governamentalidade : população adscrita, busca ativa, inserção nos territórios existenciais, visita domiciliar, periodicidade de visitas. A promoção de saúde aparece como uma das políticas em estreita consonância com a governamentalidade, trazendo para as práticas de saúde alguns elementos de formação de subjetividade da população, como ideais de como a vida dever ser: perca peso, evite gordura, deixe de fumar, pratique sexo seguro, faça atividades físicas, não seja violento. São práticas que vão modelando o cotidiano da população e definindo modos de vida de forma padronizada, e se potencializam com as características da ESF de estar presente nos territórios existenciais da população.

Veremos agora, como as práticas discursivas sobre as famílias estão presentes nos documentos, atentando para como elas contribuem para esse processo de subjetivação e controle.

## **2° Algumas práticas discursivas sobre famílias: o lugar da norma nas estratégias de Governamentalidade**

Como tratado anteriormente, com o advento da problemática do gerenciamento da população para os Estados modernos, houve uma ruptura nas formas de governo vigentes que viam na família o modelo específico do bom governo. A família deixou de se constituir como o modelo aspirado para o bom governo, e se tornou um instrumento privilegiado para a arte de governar a população. Deste modo em torno da família se engendraram importantes exercícios dos poderes disciplinares e da biopolítica.

Ao analisar os documentos percebemos algumas práticas discursivas que se referem a como : (1) a ESF pensa e opera os conceitos de famílias, (2) atuação e ferramentas de trabalho, (3) teorias e conceitos de famílias, (4) o que se espera das famílias e (5) os efeitos sob a subjetivação das famílias.

A família é pensada na ESF como o “núcleo básico de abordagem no atendimento” (Doc 1), “o ponto de partida para as ações da equipe” (Doc 1), as

ações devem ter como centralidade as famílias (Doc 2). A justificativa para essa centralização se dá pela tentativa de “permitir uma compreensão ampliada do processo saúde-doença” (Doc. 1 e 4), já que “a atuação tradicional do setor saúde sempre conduziu à compreensão do indivíduo de forma isolada de seu contexto familiar e dos valores socioculturais” (Doc. 2). Assim, toma-se a família como “espaço onde se constroem as relações e se desenvolve a vida” (Doc 9). A escolha da família como centro das ações de saúde da ESF assume um lugar estratégico para a efetiva reorientação do modelo assistencial.

O Ministério da Saúde adota o conceito do IBGE para operacionalização da sua atuação, que vê família como “o conjunto de pessoas ligadas por laços de parentesco, dependência doméstica ou normas de convivência que residem na mesma unidade domiciliar. ” (Doc. 9). Cada equipe seria responsável por 600 a 1000 famílias (Doc. 2). E no processo de cadastramento das famílias há a recomendação de vinculação do indivíduo ao seu domicílio (Doc. 4), ou seja as famílias são identificadas pelos domicílios que residem.

Quanto a atuação e ferramentas de trabalho com as famílias, a ESF define algumas ações como a “abordagem integral da família” ou “abordagem familiar” (Doc. 2, 4 e 9) que visam compreendê-la de “forma integral e sistêmica, como espaço de desenvolvimento individual e de grupo, dinâmico e passível de crises” (Doc. 4), levando em conta sua “realidade social” (Doc. 2) e respeitando “os compromissos e projetos de desenvolvimento de cada pessoa” (Doc. 4). As ferramentas compõe-se de ações iniciais e permanentes de identificação, busca ativa, visita domiciliar, cadastramento e caracterização das famílias. Esta caracterização deve levar em conta: composição, dinâmica, estrutura das famílias, riscos, “o papel de homem e mulher na família” (Doc. 7), “identificação de práticas, valores, preconceitos, costumes e religiosidades que podem interferir no cuidado em saúde” (Doc 7 e 9).

As ações em saúde voltadas ao âmbito familiar são divididas a partir dos ciclos de vida e de gênero: bebê e criança, adolescente, adulto, gestante, mulher, homem e idoso (Doc. 1, 4, 7) e divididas em grupos de equidade como: adolescentes, população negra, LGBT, indígena, pessoas com deficiência, pessoas que exercem prostituição (Doc. 9).

Em uma primeira análise, nota-se nos documentos oficiais que as práticas discursivas sobre as famílias são escassas, o que reafirma outros estudos sobre o tema. Campos e Matta (2007) discutem que as referências à família nos documentos têm uma função muito mais operatória, programática, de orientação das ações e processos, do que uma discussão sobre a noção de família. Para Vasconcelos (1999) a falta de clareza muitas vezes conduz a uma falta de diferenciação entre indivíduo e família, todas as ações em saúde tendem a ser encaradas como ações sobre as famílias, e assim o termo família perde sua especificidade.

Essa falta de conceituação da ESF também leva a outra confusão que iguala família à domicílio, trata-se da definição operacional da ESF que determina que para a definição da área de abrangência conte-se os domicílios, na prática parece que não se define se o foco da Estratégia são as famílias ou o território (MARSIGLIA, 2005). Isso tem graves consequências para o trabalho, pois tende-se a perder nesta equiparação as relações que a família estabelece, por vezes as equipes deixam de incluir no cuidado outros familiares ou pessoas importante para uma determinada família por não residirem na área de abrangência definida. A Estratégia Saúde da Família, nesta perspectiva, poderia muito bem ser designada como Estratégia Saúde do Domicílio.

Outra questão é a tradição na área da saúde de realizar ações individuais, a falta de metodologias de trabalho com a família, leva a muitas confusões no cotidiano dos serviços, levando os profissionais a transporem ações tradicionais individualizadas para o cuidado das famílias (MARSIGLIA, 2005). Do mesmo modo, parece ser complicado distinguir quando a ação precisa ser individual ou quando necessita ser familiar, levando a situações iatrogênicas (VASCONCELOS, 1999). Adicionalmente os profissionais tendem a fazer seu cuidado familiar com representantes da família, ou setores e perdem o olhar sobre o conjunto (RIBEIRO, 2004).

Trata-se de diversas situações difíceis no cotidiano dos serviços ao colocar a família como centro das ações no campo da saúde. Adicionalmente, não existe nenhum documento oficial que trate especificamente do tema *família*. Esta parece ser uma grande contradição da ESF que elenca a família

como centro das ações mas não possui nenhum documento sobre o tema. O próprio documento 3 *Treinamento Introductório*, responsável pela questão da formação em Saúde da Família, apenas cita o que os profissionais devem saber sobre o trabalho em famílias (“conceitos, funções, papel na comunidade, influência no processo saúde e doença”) mas não realiza um aprofundamento sobre estas temáticas.

Já numa análise mais aprofundada percebemos que as práticas discursivas sobre famílias aparecem de forma indireta nos documentos como imagens, exemplificações, ou do que se espera sobre as famílias. O documento 9 *Saúde reprodutiva e sexual*, apareceu como o documento que mais apresenta teorias sobre as famílias. Essa possibilidade de esquadrihar os saberes produzidos institucionalmente sobre famílias, leva a nossa questão de análise de como a ESF contribui para o controle, regulação e normalização das famílias.

As imagens de famílias aparecem nos documentos a partir de exemplos, relatos de caso, histórias concretas, experiências de equipes. De maneira geral, é a família pobre que aparece como o foco das ações da ESF. A família pobre, aparece nos documentos associada as seguintes situações: família que mora na periferia (Doc. 5 e 9), gravidez na adolescência (Doc. 4, 5, 9), baixo índice de amamentação (Doc. 4), drogadição (4), homem provedor do lar, dona de casa poliqueixosa (5), mortalidade infantil (4), violência familiar (7, 9). Apesar da ESF não se propor ao cuidado exclusivo das famílias pobres e sim a universalização da atenção básica no território brasileiro, percebemos que as ações são pensadas com foco em características que estão associadas a pobreza.

*“Outro equívoco, que merece negativa, é a identificação do PSF como um sistema de saúde pobre para os pobres, com utilização de baixa tecnologia. Tal assertiva não procede, pois o Programa deve ser entendido como modelo substitutivo da rede básica tradicional – de cobertura universal, porém assumindo o desafio do princípio da equidade – e reconhecido como uma prática que requer alta complexidade tecnológica nos campos do conhecimento e do desenvolvimento de habilidades e de mudanças de atitudes.”* (Doc.

1)

*“Em geral, a gravidez na adolescência tem sido considerada situação de risco e elemento desestruturador da vida de adolescentes, assim como elemento determinante na reprodução do ciclo de pobreza das populações, ao colocar impedimentos na continuidade dos estudos e no acesso ao mercado de trabalho, sobretudo entre as adolescentes.” (Doc. 9)*

Essa questão da ESF estar voltada ou não para a população mais pobre, é uma preocupação que acompanha a Estratégia desde seus primórdios até hoje. Dalpiaz e Sadtiele (2011) discutem que ao mesmo tempo que a ESF nasce como uma forma de responder aos desafios da universalização do acesso a saúde, também nasce em um contexto político e social de avanço dos pressupostos neoliberais no país. O neoliberalismo, que entre outras medidas propõe: a redução do Estado no que concerne às políticas públicas; a focalização dos serviços sociais nos cidadãos mais pobres ao invés da universalização, como direito de todos; a ampliação da esfera do mercado na regulação da economia, inclusive na “comercialização” da saúde que podem ser visualizados através do significativo crescimento dos planos de saúde privados a partir da década de 1990.

Campos (2008) discute que com estas contradições o Brasil ainda se configura como um país que um por um lado possui uma saúde pública para a população mais pobre, e por outro uma saúde privada para a população que consegue pagar. Assim, temos um sistema de saúde que prevê uma universalização do acesso, mas na realidade ainda não consegue atender a todos (GARBOIS; VARGAS; CUNHA, 2008).

Também percebemos que o trabalho em saúde define alguns encargos para as famílias, espera-se que a família cumpra algumas ações, que podem ser vistas em proposições como: “definir e apoiar a família em suas responsabilidades”, “aliar-se a família em sua missão”, “estimular a prática de autocuidados” (Doc. 4 e 9), “promover a qualidade da dinâmica familiar” (Doc. 7), “permitir que a família reflita sobre seu próprio cuidado” (Doc. 4), “construir ambientes mais saudáveis no espaço familiar a partir da tecnologia médica e das potencialidades terapêuticas presentes nas relações familiares”, “incluir a

família no cuidado” (Doc. 5).

No quesito de teorias sobre famílias percebemos que existem algumas conceituações sobre o que é família e uso de teorias institucionalizadas para explicar as famílias, assim algumas proposições são feitas:

*“a família é essencialmente provedora de cuidados” (Doc 9) ;*

*“há diferentes estruturas e dinâmicas de relacionamentos familiares. A forma como as pessoas conseguem ou não conseguem cuidar dos seus filhos pode dizer, também, da forma como foram cuidadas e pode-se verificar que, algumas vezes, há fantasmas que atormentam e que emperram essas relações” (Doc 9) ;*

*“amamentar é um ato de entrega e a mulher precisa estar disposta a se entregar. Transmite amor e carinho, fortalecendo os laços afetivos de mãe e filho. Bebê que mama no peito se sente mais amado e seguro.” (Doc. 7) ;*

*“A família bem estruturada emocionalmente sabe lidar com situações diversas e conflitantes, busca a reestruturação e o redimensionamento de funções e papéis” (Doc. 9) ;*

*“As famílias devem estar atentas e cuidar para que os papéis fiquem claros para a criança, fortalecendo sua compreensão de que ela continuará sendo amada pelos pais ou pelas pessoas que exerçam essa função” (Doc. 9).*

Percebemos que existe nos documentos da ESF uma normalização da forma de conceber e do que se espera das famílias. As práticas discursivas sobras as famílias nos documentos colocam a família no lugar de parceiras das equipes de saúde da família, elas seriam atores fundamentais para o sucesso das ações de saúde, espera-se um papel de *cuidadoras* dos seus membros e de si próprias, que recebam as equipes de braços abertos. Cria-se uma norma de família que esteja aberta aos cuidados em saúde e que seja cada vez mais responsável pelo seu próprio cuidado. Essas normas funcionam como verdadeiras tecnologias de docilizar os indivíduos.

A norma é colocada nas análises de Foucault como ponto de articulação das duas tecnologias de poder, *disciplinar* e *regulamentar*. Já que a norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. Através do binômio saber-poder, criam-se normalidades, através de prescrições e recomendações que tratam de diversos aspectos da vida, como o espaço das casas, os hábitos alimentares, a afetividade entre os membros da família, a sexualidade, a educação, o cuidado com a saúde.

Na história que Foucault traça sobre o advento da governamentalidade, aparece a ineficácia das táticas que adotam a família como modelo do bom governo. A família passou a ser vista como instrumento privilegiado para as mudanças na população. O uso da lei e da proibição não conseguia mais realizar o bom governo, era preciso criar estratégias para adentrar na vida cotidiana das famílias, o que ocorreu por meio da prescrição e criação de normas. Os dispositivos de controle através da criação de saberes, puderam ter mais poder para governar e determinar modos de vida. Assim vemos que é por meio do uso da *norma* que a capacidade de governo das famílias pode se alastrar através do tecido social, definindo hábitos, controlando condutas, inculcando valores morais, ampliando a vitalidade e sexualidade dos corpos.

Dizendo em outras palavras, não basta que os profissionais da ESF digam para as mães que é dever delas amamentar seus bebês, para que essa tarefa seja realmente efetiva. É necessário criar uma norma, um modelo de boa mãe, um padrão que a sociedade possa se espelhar e que a sociedade possa sempre cobrar de todas as mães. Em um processo de vigilância constante: a mãe deve estar disposta a ser mãe, transmitir seu amor pela amamentação, ao mesmo tempo a sociedade passa a vigiar a si mesma como cumpridora dessas normas.

Marsiglia (2005) discute que a ESF confere às famílias encargos de cuidado a partir do *ethos* da desinstitucionalização, as famílias passam a ter a responsabilidade sob suas crianças, idosos, pessoas em sofrimento psíquico, ficando sobrecarregadas pelo cuidado. A grande questão seria se as famílias atuais estão preparadas para exercer essas funções, e se as equipes de saúde

estão cientes desta necessidade e são capazes de preparar as famílias para realizar este cuidado. Além disso, as preocupações de como a Estratégia de Saúde da Família (ESF) pode se tornar um dispositivo de governamentalidade, servindo como meio de controle das famílias e da população são compartilhadas por Campos e Matta (2007) que reconhecem que a ESF tem significado uma possibilidade ampliação do cuidado da população, mas se preocupam com *“as mais amplas oportunidades de um exercício de medicalização e vigilância sobre ela, constituindo-se assim em um dispositivo disciplinar de controle que atinge a população como um todo, ditando comportamentos e regras.”* (CAMPOS ; MATTA, 2007, p. 136)

A partir destas constatações, vemos que as praticas discursivas sobre famílias nos documentos oficiais, estão associadas a uma série idéias como : a pobreza e ao males advindos dessa condição, a abertura aos profissionais de saúde e a tecnologia médica, a necessidade de cuidar de si mesmo e dos seus membros. Desse modo, parece-nos que essas associações podem trazer perigos para o cuidado, já que definem quais são as famílias que precisam mudar e se adequar às normas e papeis esperados. Em uma relação em que o profissional da saúde possui um saber do que é correto e sadio, e as famílias com seus modos de se organizar e suas singularidades precisam adequar-se a um modo de ser pré-estabelecido.

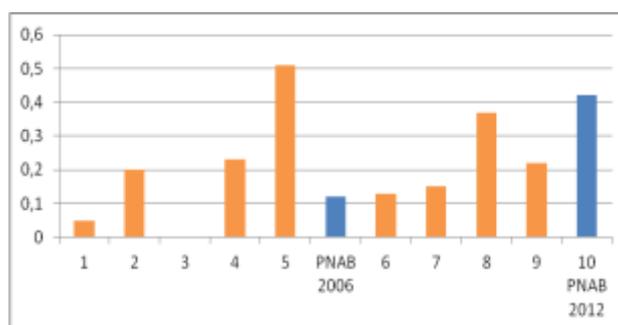
### **3° A emergência do cuidado e da Humanização nas práticas de saúde**

Ao realizarmos a análise dos documentos notamos que a ESF vem se estruturando a partir das práticas discursivas do conceito de Cuidado. Este conceito aparece como impulsionador de uma nova ética, práticas, sensibilidades e posturas profissionais para o campo da saúde (Doc. 5). Percebemos que a palavra cuidado, ao longo dos anos, foi sendo cada vez mais utilizada nos documentos oficiais, demonstrando um crescimento no uso desse conceito.

A título de exemplificação a figura 2 apresenta o crescimento da presença da palavra cuidado ao longo dos documentos. Realizamos uma operação simples dividindo o número de repetição da palavra cuidado em cada

documento dividido pelo número de páginas de cada documento. Percebemos que a taxa foi aumentando durante os anos. Fica ainda mais notável quando comparamos a Política Nacional da Atenção Básica de 2006 com a de 2012 em que a taxa é 4 vezes maior. O documento 5 *Trabalho e relações na produção do cuidado em saúde* é o que apresenta a maior taxa, já que é um documento que trata justamente do conceito de *Cuidado*

**Figura 2 – Taxa da presença da palavra *cuidado* ao longo dos documentos**



O termo *cuidado* aparece nos documentos associado a diversas idéias. Em um primeiro momento, surge como um conceito que faz uma crítica ao modelo biomédico, responsável pela medicalização da vida e da sociedade, valorização do status científico e da objetividade, e exclusão da subjetividade do usuário e do profissional de saúde. Além disso, definiu um padrão de assistência em saúde configurado como: oferta de atenção especializada e hospitalar, consumo de consultas, procedimentos, equipamentos e medicamentos (Doc 5).

Assim, percebemos que este conceito de Cuidado, assim como a Estratégia de Saúde da Família são utilizados no Tempo curto de Interação como uma possibilidade de possibilidade e reinvenção das práticas de cuidado institucionalizadas no Tempo Longo, representadas nos documentos como o modelo biomédico.

O conceito de Cuidado teria a missão de recolocar no processo de saúde “as relações que são o verdadeiro coração do cuidado em saúde” (Doc. 5). A prática de saúde se realiza no encontro de dois atores, o profissional e usuário dotados de suas singularidades. Nesta relação é importante o “afeto, a

sensibilidade e o respeito às diferenças culturais” (Doc. 5). A postura profissional precisa ser interativa, aberta, amável, sensível, solidária (Doc. 2, 5, 7), evitar preconceitos, julgamentos morais, estigma, exclusão (Doc, 2, 5, 7, 9), respeitar as pessoas, considerar seus projetos, singularidade, desejo e prazer (Doc. 4, 5, 8, 9).

A partir do conceito de Cuidado associam-se diversos novos vocabulários, tecnologias e objetivos em saúde, nos documentos aparecem as tecnologias leves (Doc. 5) o acolhimento (Doc. 5, 8, 10), o vínculo (Doc. 5, 9) as relações de confiança (Doc. 5, 9), o diálogo (Doc. 5) autonomia (Doc. 8) PTS (Doc. 8) Corresponsabilidade (Doc. 8) Vulnerabilidade (Doc. 8) Equidade (Doc. 8, 9) Escuta qualificada (Doc. 9) Empatia (Doc. 9)

O documento 8 *O HumanizaSUS na Atenção Básica*, trata de outra política transversal no SUS. Este documento assim como a política que lhe sustenta tem como objetivo a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de saúde” (Doc. 8) . Os valores que norteiam essa política são a autonomia e o protagonismo dos sujeitos, a co-responsabilidade entre eles, os vínculos solidários e a participação coletiva nas práticas de saúde” (Doc. 8). Trata-se de um documento que possibilita uma visibilidade no campo da saúde para as relações entre usuários e profissionais, valorizando a subjetividade e o protagonismo desses atores. Além disso, coloca no texto jurídico-legal algumas das tecnologias citadas anteriormente: Acolhimento, Clínica Ampliada, Projeto Terapêutico Singular.

De acordo com Deslandes (2004) a proposição da humanização coloca no centro dos desafios políticos do SUS o cultivo de uma ética de emancipação dos sujeitos, realizada não por qualquer tipo de principialismo ou formalismo, mas pelo reconhecimento da centralidade da palavra, da dignidade do diálogo como meio de construção compartilhada entre sujeitos plenos de direito de uma atenção à saúde universal, equânime e integral.

O paradigma do Cuidado tem sido apontado como um verdadeiro princípio ético nas práticas de saúde, ao apontar a importância das relações entre usuário-profissional no trabalho em saúde, estimulando uma nova postura e fazer profissional e a valorização dos usuários em suas decisões e desejos

de conduzir a própria vida (CARVALHO; MAIA, 2009; PINHEIRO ; SILVA JUNIOR, 2010). De acordo com Ayres (2011, p.18) a ideia de *cuidado* vem justamente tentar reconstruir uma atenção integral à saúde de indivíduos e comunidades, “*buscando recompor competências, relações e implicações, fragmentadas, empobrecidas e desconexas*”, já que coloca em visibilidade o sujeito a quem se destina as ações de saúde, tensionando uma nova postura profissional capaz de potencializar sujeitos mais responsáveis pelos seus próprios projetos de vida.

Em sua última fase de pensamento, Foucault (2011) se dedicou a investigar as formas de resistência aos efeitos de poder, denominando essas práticas de *Cuidado de Si*. São verdadeiras formas de resistência ao poder, de reinvenção de si. Tratam-se de exercícios constantes dos sujeitos estilizarem novas formas de ser, fugindo das padronizações provocadas pelas tramas de poder e governo. Foucault considera que não há como escapar aos efeitos do poder, por isso o exercício do Cuidado de Si deve ser constante como uma forma do sujeito moral ser capaz de refletir sobre sua condição de estar no mundo e traçar formas de agir em uma verdadeira arte de existência.

Percebemos que o sentido do conceito de cuidado tanto nas teorias da saúde coletiva como na teoria foucaultiana remete a uma postura ética do sujeito, definindo um lugar de protagonismo. Na saúde coletiva, percebemos que as ações em saúde devem respeitar o sujeito e potencializar sua capacidade de reflexão e decisão frente às questões de saúde e do andar da sua vida. Em Foucault enfoca-se uma relação do sujeito consigo mesmo, que a partir de uma reflexão moral é capaz de criar estratégias de resistência aos efeitos de padronização do poder, e inventar novos modos de subjetivação.

Assim nos documentos percebemos que Humanização em saúde e o conceito de Cuidado trazem novas tensões e questionamentos para a discussão que estamos realizando sobre o exercício de governamentalidade da ESF. Há a presença de críticas aos efeitos desses dispositivos de poder como a “medicalização da vida”, a “normalização de condutas”, a “imposição de estilos considerados saudáveis”, a “postura verticalizada entre profissional e usuários” (Doc 5, 8, 9). Percebemos que os documentos ao longo dos anos vão

se alinhando aos discursos dos Direitos Humanos e aos ideais democráticos. O Documento 9 *Saúde Sexual e reprodutiva*, por exemplo, realiza recomendações aos profissionais que não tem tanto o caráter técnico-prescritivo mas sim o de como se relacionar com os usuários, como estar aberto às diferenças, às novas configurações familiares, como evitar os julgamentos morais, os preconceitos.

*“É fundamental que os profissionais aprendam a acolher no discurso do outro, interagindo sem expressar juízo de valor- escuta ativa- e a reconhecer a subjetividade.” (Doc. 9)*

Entretanto, não podemos deixar de nos questionar, alinhados como estamos à perspectiva construcionista, em que medida essas novas práticas discursivas de Cuidado contribuem de fato para um verdadeiro protagonismo dos usuários no modo como conduzem suas vidas, em libertação para outras formas de ser. Ou se são práticas discursivas que contribuem para um maior controle das famílias, ao possibilitar técnicas mais sofisticadas de adentrar na vida das famílias. É necessário nos indagarmos se essas recomendações de estar aberto a escuta, ser empático, ter uma postura interativa e amável, respeitar as diferenças são formas de ampliar a possibilidade dos usuários definirem seus próprios meios de caminhar ou são formas dos profissionais terem mais controle sobre a vida dos usuários, vigiá-los, colocá-los sob visibilidade, torná-los mais dóceis e mais abertos a medicalização de suas vidas.

### **Algumas considerações**

A análise das práticas discursivas nos documentos oficiais do Ministério da Saúde revelou que existe uma polissemia nos sentidos referentes ao exercício da governamentalidade na ESF. Vemos que o modelo de atenção pensado para ESF é estruturado de maneira a realizar uma monitoração e controle da população, e possui efeitos de padronização da vida das famílias. Mas ao mesmo tempo os documentos expressam uma crítica às posturas de medicalização da vida, imposição de estilos de vida, desrespeito as diferenças

a partir do conceito de Cuidado. Não devemos ver estas diferentes práticas discursivas de forma oposta, mas entender que elas expressam a complexidade e riqueza das práticas de cuidado postas pela ESF, e que é na dialogia entre elas que podemos realizar nossas considerações.

É importante considerar que a prática discursiva de “Defesa da vida” colocada como principal objetivo da ESF, assume um sentido de obrigatoriedade da vida, é preciso viver independente do *como* da vida, dos sofrimentos sociais, dos desejos que vão na contramão às prescrições de saúde, das vontades de morte em determinadas condições de vida. Quando se coloca o imperativo da vida como objetivo da ESF, se faz pensando na vida de em sua forma biológica.

As práticas discursivas dos hábitos saudáveis na Política de Promoção de Saúde não são expressas como um trabalho em saúde que seja realizado pelos profissionais a fim de que a população conheça esses novos hábitos e possa estilizá-los em suas vidas. Essas práticas discursivas se assemelham mais a prescrições baseadas num saber hegemônico: o modelo biomédico, que funcionam como um imperativo de como a vida deve ser: alimentação saudável, exercícios físicos, não beber, não fumar, ser pacífico. São recomendações que parecem não reconhecer um sujeito, parecem existir independente dos sujeitos.

Consideramos que as práticas discursivas sobre famílias nos documentos são escassas, o que reflete uma contradição da ESF : adota a família com centralidade, mas não desenvolve uma discussão sobre as famílias, nem dispõe um documento oficial que seja capaz de capacitar os profissionais para o cuidado familiar. Mesmo assim, notamos sentidos sobre famílias que refletem o exercício da governamentalidade, colocando a família como instrumento para o controle e a manutenção da vida da população, mais que isso criam a imagem da *família cuidadora*: que está aberta para os profissionais, saberes e tecnologias da saúde, e, além disso, que seja responsável pelo cuidado de si e dos seus membros. Isso remete a discussão sobre o caráter desta política pública que pode ser entendida como um afastamento das responsabilidades do Estado perante a população, e da

criação de uma cultura em que cada pessoa seja responsável por si mesma, ampliando o espectro de vigilância.

As práticas discursivas representadas pelos conceitos de cuidado e de humanização expressam uma dialogia importante para a ESF, pois criam possibilidades de invenção de práticas. E eticamente questionam o lugar do sujeito nas relações de saúde, ampliando possibilidades de protagonismo, autonomia, responsabilização e de existência de novos processos de subjetivação. Torna-se fundamental entender como se processam essas relações de cuidado no cotidiano da ESF, nas micro-relações entre profissionais e famílias da ESF.

Aliados a perspectiva construcionista e às análises de poder de Foucault devemos estar sempre atentos para as práticas sociais, e a instituição de fatos sociais, questionando e refletindo sobre o estabelecimento de verdades. Como Foucault (1995, p. 256) coloca: *“Minha opinião é que nem tudo é ruim, mas tudo é perigoso, o que não significa exatamente o mesmo que ruim. Se tudo é perigoso, então temos sempre algo a fazer. [...] Acho que a escolha ético-política que devemos fazer a cada dia é determinar qual é o principal perigo”*. Assim, é necessário, nos questionarmos sobre os possíveis perigos que as práticas discursivas da ESF colocam para o campo da saúde. Sob a imagem e objetivo de reinvenção do SUS, a ESF pode mascarar novos perigos que precisamos estar atentos. Atentos principalmente se essa estratégia que nasce com características de invenção, não se torne responsável por impossibilitar novas formas de viver e de invenção dos sujeitos e famílias.

#### **4. Análise do cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família.**

##### **Caracterização da observação participante e do campo de pesquisa**

Neste capítulo, tratamos da análise do cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família a partir do trabalho de campo de observação participante. Nosso objetivo foi identificar e analisar as práticas discursivas presentes no cotidiano de trabalho.

A preparação e execução metodológica desta etapa da pesquisa, foi construída a partir das considerações de Minayo (2006) sobre a observação participante em pesquisa qualitativa e nos pressupostos do Construcionismo Social, explicitados anteriormente.

A Observação participante se configura como um processo pelo qual mantém-se a presença do observador numa situação social, com a finalidade de realizar uma investigação científica. O observador mantém uma relação face a face com os observados e, ao participar da vida deles, no seu cenário cultural, colhe dados. Assim o observador é parte do contexto sob observação, ao mesmo tempo modificando e sendo modificado por este contexto (MINAYO, 2006).

Na observação participante desta pesquisa, assemelhamos-nos a modalidade de *participante-como-observador* onde o pesquisador deixa claro para si e para o grupo sua relação como meramente de campo: o observador estabelece uma relação mais profunda possível através da observação informal, da vivência juntos de acontecimentos julgados importantes pelos participantes e no acompanhamento das rotinas cotidianas, entretanto deixa-se calro a consciência, dos dois lados, de uma relação temporária (enquanto dura o trabalho de campo) e de limites da atuação do observador no campo (MINAYO, 2006). Minimizando assim problemas de envolvimento que inevitavelmente possam acontecer, como interferir nos processo de trabalho da equipe, ou fazer orientações de saúde para as famílias, entre outras.

Minayo (2006) defende 3 quesitos importantes para realização da observação participante: a intensidade da participação do observador no

campo, o estabelecimento de itens *do que* observar, e um método de registro de campo. Sobre a intensidade, o período de observação aconteceu entre 21/01 a 17/04/2013. Durante este período, participamos da rotina de trabalho pelo menos durante quatro períodos em uma semana, sendo que um período equivale a quatro horas de observação, ou seja uma manhã ou uma tarde. Observamos diversos contextos de trabalho como: acolhimentos, consultas, visitas domiciliares, grupos, reuniões de equipe, capacitações. Observamos a dinâmica geral do trabalho, privilegiando os momentos de encontro entre profissionais e usuários.

Sobre o que pesquisar, criamos um roteiro de observação aberto a fim de balizar para as questões que o pesquisador desejava abordar no campo, a partir de suas hipóteses ou pressupostos, advindos da definição do objeto de investigação. O roteiro de observação encontra-se no Anexo 3. Quanto ao registro, utilizamos o diário de campo durante todos os momentos, captando os comportamentos, rotinas, conversas informais, diálogos, e inquietações do observador durante o trabalho de campo.

O trabalho de campo se deu em um município localizado na região central do estado de São Paulo, com uma população de mais de 200 mil habitantes. A equipe de saúde da família onde foi realizada a pesquisa era responsável por um território periférico, com famílias com a renda per capita inferior em comparação com o restante do município.

Os participantes deste trabalho de campo foram constituídos por dois grupos: os profissionais e os usuários dos serviços de saúde. Quanto aos profissionais, a equipe de referência era constituída de: 1 médico, 1 enfermeiro, 1 dentista, 6 agentes comunitários de saúde, 2 auxiliares de enfermagem, 1 auxiliar de cirurgião dentista. Além disso, também participaram da pesquisa a equipe de residentes multiprofissionais, composta por: 1 enfermeiro, 1 dentista, 1 psicólogo, 1 fisioterapeuta, 1 nutricionista, e profissionais da equipe do NASF: 1 nutricionista, 1 fisioterapeuta e 1 assistente social. Quanto aos usuários, foram os que aceitaram a participação do pesquisador durante as práticas de cuidado.

A pesquisa seguiu as normatizações do Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos regulado pela resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. E foi submetido na Plataforma Brasil tendo aprovação do CEP sob o número do parecer 187.170. Todos os profissionais de saúde assinaram o termo de consentimento (Anexo 4) antes de iniciar a participação nesta pesquisa de. Além disso, os usuários que aceitaram participar desta pesquisa também assinaram o termo de consentimento (Anexo 5)

### **Notas sobre a apresentação do trabalho de campo**

A fim de organizar a sistematização desta apresentação, bem como realizá-la respeitando os princípios éticos de pesquisa, adotamos alguns procedimentos.

Este trabalho de campo possibilitou a vivência em profundidade de uma série de situações que fazem parte do cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família. Isso faz com que a tarefa de apresentação deste material seja bastante complexa. Os processos de interpretação e busca de sentido se deram a partir de um trabalho que envolveu uma série de momentos concomitantes: (1) adentrar processualmente o cotidiano de trabalho da equipe; (2) entender a dinâmica de trabalho e das relações da equipe com as famílias; (3) criar condições de participar dos diferentes espaços de práticas de cuidado da equipe, articulando a capacidade de vínculo e confiança do pesquisador para com a equipe e com as famílias; (4) o estranhamento e as inquietações do pesquisador ao participar dos momentos de encontro entre profissionais e famílias; (5) a interação com a equipe, a fim de refinar a construção de sentidos; (6) o desafio de registrar todos esses momentos; (7) a construção de sentidos de acordo com os objetivos da pesquisa

Temos, portanto, o desafio de trazer para esta apresentação, a dialogia destes diferentes momentos que compuseram o trabalho de campo. Ao mesmo tempo é necessário um trabalho de síntese da riqueza e quantidade de situações observadas. Desta forma, escolhemos como forma de apresentação relatar três situações significativas que ocorreram durante a pesquisa, a fim de exemplificar e explorar algumas questões. Estas situações foram descritas,

tentando ao máximo transmitir a interação da equipe bem como as inquietações do pesquisador. Posteriormente analisamos estas situações a luz de nossos referenciais, ao mesmo tempo analisamos elas em relação ao todo vivido no trabalho de campo. Ao final fazemos um balanço dos principais sentidos obtidos com o trabalho de campo.

Assim, como na análise documental, utilizamos a criação de textos com sentido e as árvores de associação de idéias (Spink e Lima, 2004) para sistematizar o material obtido no campo. Durante este processo, criamos cinco categorias de análises baseadas nos objetivos de pesquisa e na interação no campo de pesquisa: práticas de cuidado, famílias, Cuidado, posicionamento dos usuários e efeitos de poder. Durante os relatos das situações utilizamos estas sistematizações para fazer um balanço geral do trabalho de campo. As árvores de associação de idéias podem ser conferidas no Anexo 6.

A fim de garantir o sigilo e privacidade das informações tomamos algumas precauções. Para não expor a identidade dos profissionais, optamos enquadrar os profissionais em 4 grandes categorias: Profissional de Referência de nível superior; Profissional de Matriciamento; Agente Comunitário de Saúde; e Profissional Técnico. A tabela abaixo apresenta a distribuição dos profissionais nessas categorias.

**Tabela 2 - Distribuição de profissionais por categorias.**

<p align="center"><b>Profissional de Referência de Nível Superior (PRNS)</b></p>	<p>Médico de Saúde da Família Dentista Dentista Residente Enfermeiro Enfermeiro Residente</p>
<p align="center"><b>Profissional de Matriciamento (PM)</b></p>	<p>Psicólogo Residente Fisioterapeuta Residente Nutricionista Residente Nutricionista NASF Assistente Social NASF Fisioterapeuta NASF</p>

<b>Agente Comunitário de Saúde (ACS)</b>	6 Agentes Comunitários de Saúde
<b>Profissional técnico (PT)</b>	2 Auxiliares de Enfermagem 1 Auxiliar de Odontologia

Desta forma, identificamos o profissional através de sua categoria, preservando sua identidade. Acreditamos que esta escolha não afeta os objetivos de nossa pesquisa, já que não foi nosso objetivo analisar as relações específicas de cada profissão com as famílias, mas sim analisar a relação dos profissionais da ESF com as famílias, de forma geral. Além disso, a divisão por essas categorias é capaz de dar uma ideia geral do contexto de cada profissional na ESF.

Analisamos agora as situações.

### **Situação 1**

*Foi a quarta visita domiciliar da tarde, acompanhei um ACS, um PRNS e um PM. Enquanto caminhávamos para a visita, a equipe foi me contando as demandas da família: “é um casal com duas crianças e um bebê que está com colesterol de uma pessoa de 80 anos, o pai está desempregado.” Na casa, os três profissionais passam a investigar os hábitos alimentares da família. A família parece meio envergonhada ao contar sua rotina para os profissionais. O ACS diz para a equipe: “ele (o pai) não fez os exames”, e se dirige ao pai: “a gente poderia ter avaliado melhor se você tivesse feitos seus exames, por que você não fez seus exames?” Neste momento achei que o tom do profissional era bastante acusativo.*

*O pai explicou que na época não pode fazer porque estava trabalhando, mas que agora que estava desempregado, poderia ir à UBS fazer os exames. ACS fala: “você foi hoje à unidade... porque não fez?”*

*A equipe pede para ver a comida que a família fez no almoço. Sem esperar a resposta da família, os profissionais vão até a cozinha e abrem as panelas. O ACS diz “vamos ver se a comida está muito brilhante” (uma*

referência à presença do óleo na comida). *A equipe começa a abrir as panelas e a olhar ao redor da casa.*

*Após isso, a equipe passa a orientar a família no preparo da comida, e na compra de alimentos saudáveis. A mãe refere que a família está com problemas financeiros, o que dificultaria a compra de alguns alimentos sugeridos. O PRNS e o PM passam a sugerir algumas opções de alimentos baseados na situação financeira, auxiliados pelo ACS que começa a citar alguns pontos no comércio do bairro onde era possível comprar frutas por um preço acessível. Em um momento o PRNS sugere que família faça sua janta no Bom Prato todos os dias (serviço vinculado à prefeitura que oferece refeições por um real). O pai acha interessante, mas diz um pouco envergonhado que não conseguiria fazer isso todos os dias, devido à situação financeira.*

*No restante da visita, a equipe continuou realizando orientações alimentares para a família. Entretanto, como observador me senti numa posição bastante desconfortável, pois ao analisar esta interação percebi que a família estava se sentindo envergonhada e incomodada com aquela intervenção. Ao mesmo tempo em que parecia ser fácil aos profissionais falar o que a família deveria ou não fazer, como deveriam se comportar ou não, parecia que os profissionais também estavam se sentindo desconfortáveis com a situação.*

*A volta para a UBS foi bastante interessante. Os profissionais foram conversando sobre o caso. Parece que estavam falando tudo o que queriam ter falado na presença da família. O ACS falou: “o pai é um vagabundo, não consegue parar em nenhum emprego, não está nem ai para a família”. O PM falou: “fiquei morrendo de vontade de abrir os armários e a geladeira para ver o que família tinha.” Os dois outros responderam: “você pode fazer isso, a gente geralmente faz isso.” Além disso, mostraram indignação de que a família não havia aceitado as orientações deles”.*

Esta situação trás diversos elementos para a discussão deste trabalho. Há alguns pontos que chamam a atenção e que vão se repetindo em outras situações que vivenciamos durante o trabalho de campo.

A primeira delas é uma característica que tem se mostrado ímpar na configuração da ESF, e que discutimos no capítulo anterior de análise documental. Trata-se da capacidade da ESF de adentrar os territórios existenciais das famílias. Os profissionais tem a oportunidade de circular os espaços onde as famílias vivem, desenvolvem suas relações, e guardam seus alimentos. Essa configuração da ESF permite ao profissional um poder de ir até a casa da família questionar o porquê dela não ter ido realizar seus exames preventivos, ver o que a família está comendo, o que ela possui em seus armários, como é sua condição de vida. Certamente, esse desenho da ESF permite um maior poder de controle da vida das famílias, vigiando o que elas fazem ou deixam de fazer.

Complementarmente, existe também um maior poder para prescrever orientações em saúde e comportamentos considerados saudáveis. O profissional fica mais capacitado a diagnosticar situações de risco e comportamentos considerados problemáticos. Isso também pode causar efeitos na medicalização de diversos aspectos da vida. De acordo com Tesser (2010) o perigo da medicalização fica mais evidente com a ESF, já que “entrando facilmente nos domicílios brasileiros, a ESF é uma “faca de dois gumes”: uma chance para a reconstrução da autonomia e, ou simultaneamente, uma nova e poderosa força medicalizadora” (p. 110). Mais uma vez, fica evidente esse caráter contraditório da ESF.

Outro ponto diz respeito à postura do profissional nas práticas de cuidado. Nesta situação houve diversas situações que os profissionais mostraram-se inquisidores, acusativos e fizeram julgamentos morais da família. Trata-se claramente de uma postura que trás efeitos prejudiciais para as relações estabelecidas com a família, dificultando assim a ideia de vínculo, tão preciosa ao trabalho da ESF.

A família, nesse íterim, se posicionou de forma bastante resignada, desconfortável e envergonhada diante dos profissionais, em algumas situações parecia que mentia ou contava algo que achava que os profissionais queriam escutar. Podemos perceber diante dos relatos da equipe e da observação da família que ela manifesta diversos posicionamentos diante da relação com os

profissionais. Se em um primeiro momento se mostrou resignada, mais a frente conseguiu expor seus limites e características: “não consigo ir todo dia ao Bom Prato”, “não vamos conseguir comprar isso, meu marido está desempregado.” Além disso, mostrou, mesmo que de forma indireta, que não aceitou as recomendações dos profissionais. Essa capacidade da família se posicionar nas relações de cuidado é muito interessante, pois ela muda o posicionamento dos profissionais. Estes tiveram que readequar suas prescrições, tentando adequá-las a realidade das famílias.

Essas falas da família evidenciam um ponto crucial da análise de poder defendida neste trabalho, que diz respeito ao caráter circular do poder. O poder não se concentra nas mãos dos profissionais de saúde, cabendo às famílias apenas obedecer às prescrições. Para Foucault (2005) o poder funciona, se exerce em rede, as pessoas estão sempre em posição de ser submetidos a esse poder, e também de exercê-lo. Isso também evidencia um conceito caro a esta pesquisa, o de *posicionamento*, que dá visibilidade a como as pessoas se encontram no jogo das relações sociais, inseridas em constantes processos de negociações e trocas em um espaço de intersubjetividade.

Tesser (2010) ao comentar os efeitos da medicalização sobre a população, em especial no contexto da ESF, cita que atualmente há um otimismo para alguns autores. Isso se evidencia na constatação de que por mais que o poder da instituição da saúde seja grande, não há uma aceitação passiva da população e há uma crescente contestação do poder desta instituição.

Ao pensarmos na realidade das famílias, é importante refletir como isso aparece no encontro entre trabalhador e famílias. O trabalhador, geralmente, vive em uma realidade social bastante diferente das famílias. No momento do encontro entre esses dois atores, essa diferença se mostra acentuada e causa efeitos em como ambos concebem um ao outro. A equipe vê a família de forma bastante preconceituosa: “vagabundo”, “não está nem ai pra família”, “não quer cuidar da saúde”. Esta atitude de julgamento moral dos profissionais está bastante presente no cotidiano de trabalho da ESF, dando forma às práticas de cuidado.

Complementarmente, foi interessante observar na dinâmica desta equipe, que quanto mais as famílias se distanciam de uma suposta *normalidade*, mais isso afeta emocionalmente a equipe. Nesta visita, os profissionais saíram visivelmente irritados, cansados e contrariados pelo que havia acontecido. Isto também foi observado em diversas outras situações, como reuniões de discussão de caso, grupos e outras visitas domiciliares.

Sobre este ponto, é importante ressaltar que este desvio de normalidade da família está bastante relacionado ao que discutimos no capítulo de análise documental. Quando tratávamos das práticas discursivas sobre famílias, vimos que o Ministério da Saúde opera com uma norma que designamos como *família cuidadora*. No trabalho de campo, pudemos perceber dois tipos de práticas discursivas sobre famílias: as *famílias parceiras no cuidado*, que apoiam a equipe, aderem às prescrições feitas; e as *famílias que dão trabalho* que na visão dos profissionais não querem se cuidar, “não querem nada com nada”. São estas famílias que saem da norma do cuidado que mais afetam emocionalmente a equipe.

É interessante notar como o cuidar se relaciona como uma norma de família. O biopoder, poder que caracteriza nosso contexto histórico, tem como efeito principal a elevação dos níveis de vida e segurança. Trata-se de um poder de regulação e controle da vida. Este poder age diretamente sobre a existência das pessoas, criando normalidades, aumentando a vigilância e controle. As pessoas se tornam vigiadas e vigilantes das condutas dos outros e de si. Quem sai dessas tramas do poder, da normalidade torna a vida mais fraca, vira alvo do controle, da medicalização.

Nesse contexto, podemos dizer que esta prática discursiva da *família cuidadora* é efeito do biopoder, ao agir no controle de condutas e de elevação dos níveis de saúde. As normas e condutas saudáveis determinam um modo de vida que se quer e se espera das famílias. Assim, eleva-se o nível de controle e imposição para famílias que se desviam desses padrões, muitas vezes acompanhada de práticas de cuidado com tons mais duros, como visto neste situação.

## **Situação 2**

*Em um dos dias que estava acompanhando o cotidiano da UBS, um idoso chegou a unidade e estava bastante sujo, magro, cambaleava. Em acolhimento, relatou que não comia a quatro dias, pois sua filha não deixava ele comer. A equipe de enfermagem ficou sem saber como proceder com o caso. Um ACS teve a idéia de fazer uma sopa para o usuário. Após comer a sopa, o usuário continuou na unidade e a equipe se mostrou incomodada com sua permanência e sem mais idéias do que fazer. Neste dia, um PM estava na UBS e solicitaram apoio dele para a condução do caso. O PM ligou para o Centro de Referência Especializado em Assistência Social e compartilhou o caso com um dos técnicos do serviço. Enquanto isso, a equipe colocou o usuário numa maca e introduziu a reidratação por soro. Posteriormente, o PM começou a procurar contato telefônico da família, para alguém acompanhar o idoso até a casa dele, já que pelo protocolo do município o SAMU não poderia leva-lo pois ele estava com a pressão arterial controlada. A equipe não possuía prontuário da família, pois era uma família nova no território e ainda não possuía cadastro. O PM então fez contato com a UBS em que o paciente fazia acompanhamento anteriormente e obteve o novo endereço da família. Este procedimento durou o período inteiro da manhã.*

*No período da tarde, a equipe resolveu fazer uma visita domiciliar para família, solicitei participar da visita junto com o PM e o ACS. No caminho o PM foi contando sobre o Estatuto do Idoso. Chegando na casa o PM se apresentou e contou o motivo da visita para a filha do idoso (Sra. F.), esta se mostrou bastante contrariada com a presença dos profissionais em sua casa, pois estava dormindo. O PM fez algumas perguntas investigando sobre o cuidado da família para o idoso. A Sra. F. conta que já havia desistido de cuidar do pai, ela sempre deixava a comida pronta mas ele não comia, só sabia pegar bebida. Ela trabalhava durante a noite e de dia descansava, sendo impossível ter tempo para cuidar do pai. Além disso, ela não gostava dele, já que o pai nunca havia cuidado dela. O PM e o ACS pediram para que ela a acompanhasse até a unidade para buscar o pai.*

*A Sra. F. nos acompanhou, visivelmente contrariada e irritada. No meio do caminho, foi contando como era sua relação com o pai. O pai só morava com ela porque nenhum filho queria cuidar dele, ela odiava ele por tudo que tinha feito com ela e sua família no passado, e além disso afirmava não ter tempo para cuidar dele pois tinha dois empregos. Na UBS, o PM convidou a Sra. F para fazerem uma conversa no consultório, antes dela levar o pai para casa. Em um momento da discussão, o PM, apoiando-se no Estatuto do Idoso, disse que era responsabilidade da família cuidar do idoso. A filha respondeu rispidamente: “queria ver se fosse você pra cuidar desse homem, pra mim ele não é pai”. No final, não conseguiram chegar a nenhuma conclusão, mas combinaram uma nova reunião juntamente com o serviço de referência do idoso para pensarem alternativas que beneficiassem a todos.*

*Senti que foi uma conversa bastante difícil, tanto para o profissional como para a usuária. O profissional diversas vezes teve que mudar sua postura ao longo da conversa a partir dos argumentos da usuária. Depois que a família foi embora, o profissional me relatou que esses casos são difíceis, pois ele entendia que muitas vezes a família realmente fica sem motivos para cuidar de alguns membros, mas mesmo assim era função dele colocar em ação os pressupostos das políticas públicas.*

Esta também foi uma situação bastante exemplar de algumas questões defendidas nesta pesquisa. Foi uma situação que se desenrolou durante um dia inteiro de trabalho, e teve desdobramentos posteriores, muitos dos quais, infelizmente, eu não tive a oportunidade de acompanhar.

Em um primeiro momento, ele exemplifica algo que foi constante no período de observação, que se refere a uma dificuldade dos profissionais em lidar quando as necessidades de cuidado das famílias saem do âmbito estritamente biológico. A equipe se mostra bastante perdida e sem referenciais em como agir nessas situações. A equipe, neste caso, ficou inclusive incomodada com a continuidade do usuário na unidade, referindo “*não tem nada que possamos fazer por ele*”. O fazer a sopa para o usuário, por mais que

tenha sido uma ação solidária, se mostrou também com uma ação redutora para a complexidade que o caso requeria.

Essa característica se mostrou frequente durante outros momentos que vivi no trabalho de campo, principalmente presente nas discussões de caso realizadas pela equipe. Em casos complexos, a equipe se perdia na discussão e muitas vezes a reunião parecia um leilão de opiniões, em que cada profissional fazia seu lance sobre o caso, sem um escutar o outro, abrindo espaço para a especulação e julgamentos morais que reduziavam a discussão.

O trabalho de campo foi evidenciando pra mim como as práticas discursivas do paradigma biomédico são ainda hegemônicas, definindo as práticas de cuidado. Apesar disso, também foi possível perceber que os profissionais se posicionavam reconhecendo a necessidade de novos paradigmas para o trabalho em saúde, novas práticas discursivas para lidarem com a complexidade dos casos.

O matriciamento, neste ponto, parece ser uma estratégia interessante para ampliar o olhar da equipe para outras necessidades de saúde e contribuir com novas ferramentas de trabalho. Percebi que a equipe se utilizava bastante das duas equipes matriciais que dispunha. Em algumas situações, inclusive, a equipe solicitava o meu apoio como profissional da psicologia. Isso vai evidenciando a necessidade que estes profissionais enfrentam no cotidiano de trabalho ao se depararem com casos complexos, de famílias que fogem do padrão de normalidade. Além disso, evidencia uma carência na formação educacional dos profissionais.

Também torna-se evidente neste caso, os efeitos das políticas públicas no que concerne a responsabilização das famílias pelo cuidado de seus membros como idosos, crianças, deficientes, entre outros. Muitas vezes esta responsabilização toma o sentido de obrigação. Neste caso, por exemplo, a família relata um histórico afetivo com o idoso em que essa responsabilização não é algo simples de ser feito: “ele não foi pai para mim, ele não cuidou de mim quando eu precisava, ele me batia”.

Isso reflete as características da configuração das políticas públicas. Representa uma contradição do Estado Brasileiro, que se por um lado herda

princípios do Estado de Bem Estar Social manifestando o objetivo de criar políticas que protejam e cuidem dos cidadãos em vulnerabilidade social (Fonseca, 2006), por outro lado, apresenta uma consonância com o Neoliberalismo, com tendências ao Estado mínimo, diminuindo os gastos com a proteção social e tendo um papel menor na regulação do país, além de sobrecarregar a família com encargos (SAWAIA, 2005).

Estas contradições refletem desafios para a ESF, se as práticas de cuidado são pautadas apenas em fazer a família cumprir esta responsabilidade ou finalizadas em um julgamento moral da família vista como difícil, irresponsável, vagabunda ou tantos outros predicados utilizados. Tende-se a perder o vínculo com a família e a oportunidade de realizar um importante cuidado na via de refletir com as famílias estes históricos afetivos, pensar conjuntamente alternativas de cuidado, entender particularidades de cada membro da família e repensar projetos de vida que tragam bem estar para todos.

Neste contexto as práticas discursivas sobre Cuidado ganham importância, pois colocam em questão uma nova postura profissional frente às famílias, advogando pela valorização da escuta e acolhimento, reconhecimento da alteridade, repensar projetos de vida e felicidade (AYRES, 2009). Além disso, refletem sobre a importância do protagonismo das pessoas em definirem suas histórias, cuidarem de si, criarem uma existência bela (FOUCAULT, 2012).

Um terceiro ponto que este caso exemplifica é, mais uma vez, a capacidade da ESF de estar presente nos territórios existenciais da família. Os profissionais acabam tendo um poder de acessar a família, mesmo quando esta não quer recebe-los. Neste caso, fiquei bastante impressionado, com a intervenção realizada, me questionando que tipo de poder é este que consegue tirar uma pessoa da própria casa, mesmo sem esta estar disposta a isso.

Acredito que a ESF contribua para um efeito de poder que Foucault (2005) chama de domesticação e docilização dos corpos. Há uma tradição no campo da saúde, do usuário responder de forma passiva aos profissionais de saúde, de serem tratados como pacientes, onde seu saber não é levado em

consideração, em que se espera adesão total ao tratamento proposto. Assim, o usuário é condicionado a se mostrar dócil e receptivo a intervenção do profissional de saúde, sofrendo estes constrangimentos e imposições.

No final da intervenção, podemos ver que o PM propõe uma conversa com a usuária, vemos que neste momento abre-se espaço para a escuta da usuária. Com esta abertura, é interessante notar que a usuária se posiciona na relação de cuidado, mostrando sua realidade social, sua subjetividade, sua história e seus modos de vida.

Ao mesmo tempo, em que a ESF permite uma vigilância e controle maior da população, percebemos que a Estratégia também permite que os usuários de saúde sejam mais capazes de se posicionar nas relações de cuidado. A saúde, ao sair de seu espaço físico, de seus consultórios e ir onde as pessoas vivem e se relacionam, entra mais em contato com a realidade social dessas famílias, que passa cada vez mais a ser um desafio na prática dos profissionais. Além disso, a introdução de novas tecnologias de cuidado, como o acolhimento, a escuta e a humanização podem tornar o profissional mais aberto ao diálogo com o usuário de saúde.

Esses fatores tem um efeito importante no posicionamento do usuário na relação de cuidado, e fazem com que o poder circule mais entre os atores. Acredito que este será um desafio cada vez mais frequente para o trabalho em saúde. Os profissionais precisam ser formados para uma abertura ao outro e também a lidar com a diversidade de situações que esta abertura permite.

### **Situação 3**

*Em uma das reuniões de equipe, houve a participação de educadores para realizar uma capacitação sobre desenvolvimento infantil. O grupo trabalhou com uma cartilha e realizou dinâmicas. A última parte da capacitação foi um vídeo sobre uma mãe que havia agredido fisicamente o filho de 3 anos. O vídeo mobilizou afetivamente a equipe, suscitando algumas falas:*

*- Nossa, porque uma mãe faz isso? Isso não pode ser normal (PRNS perguntando a um PM da equipe).*

- O marido tinha que ter batido na mulher antes de levar ela para delegacia (ACS).

- Mas tem a lei Maria da Penha (ACS).

- Violência não se combate com violência, viu? Eu estou numa seita que não faz julgamento (PM).

Após algumas falas, os educadores propõe que se monte uma encenação de um julgamento jurídico dessa mãe. Algumas pessoas da equipe assumem alguns papéis (promotor, defesa, mãe, juiz e júri). Segue esta encenação:

- Promotor: Esta pessoa se diz mãe, mas não é uma mãe. Ela terá que passar por uma avaliação psicológica para saber se poderá ser mãe novamente.

- Defesa: a mãe é pobre, já passou fome, sofreu abusos sexuais na infância. A sociedade deu as costas para essa mulher. É necessário uma avaliação psicológica desta mulher. Ela estava sem dinheiro e muito nervosa na ocasião. A mãe sofre problemas psicológicos, é o arrimo de família e tem um marido que não ajuda em casa .

- Mãe: Não estou conseguindo cuidar dos meus filhos. Estou precisando de cuidados psicológicos. Nessas horas de nervoso eu saio do corpo.

- Promotor: Você se arrepende?

- Mãe: Sim, estou me sentindo muito mal. Eu gostaria de um tratamento psicológico para poder refazer o vínculo com meu filho e com minha família.

- Defesa: A mãe ainda tem amor pelo filho.

- Juiz : Qual a opinião do Juri?

- Juri 1: As crianças devem ser protegidas da mãe, ela é instável emocionalmente.

- Juri 2: Ela não se arrependeu de verdade. Vai voltar a fazer isso.

- Juri 3: Ela deveria ser submetida a uma laqueadura para não ter mais filhos.

- Juri 4: Prendê-la não vai servir, ela vai sair pior da cadeia.

- Juri 5: Ela deve fazer serviços comunitários em creche para poder aprender a cuidar de crianças.

Diferente das outras duas situações, esta se deu em um reunião de equipe que trouxe profissionais para realizarem uma atividade de educação permanente com a equipe. Mesmo sendo uma encenação, o conteúdo e a forma da discussão não diferiu muita da dinâmica de trabalho da equipe no cotidiano de trabalho, marcado geralmente por esse caráter especulativo e de julgamento moral da família.

O primeiro ponto que nos trouxe estranheza foi o fato da proposta de encenação ser um julgamento jurídico do caso. Indagamos porque uma capacitação para profissionais de saúde recorre ao modelo do julgamento e não o de construção de um projeto de cuidado para a família. Em nenhum momento houve um questionamento dos profissionais sobre essa proposta, acredito que esse modelo de julgamento esteja tão presente no cotidiano de trabalho que ele esteja naturalizado.

E de fato, esse tipo de discussão de caso se mostrou frequente durante o período que observamos o trabalho da equipe. Parece haver um deslocamento da função do trabalhador de saúde, que passa a se portar como um juiz da família, tendo o poder de decidir sobre o futuro e destino das pessoas. A prática de cuidado passa a ter o sentido de atividade policealesca, denuncia e julgamento.

Isso distorce o papel do profissional de saúde, que deixa de realizar um importante trabalho no cuidado da família a partir do acolhimento e escuta de suas necessidades e de traçar em conjunto com a famílias planos de cuidado, resgatando históricos de vida e projetos de felicidade (AYRES, 2009). O profissional de saúde não é um policial ou um juiz, ele é um cuidador. E como tal deve acolher e trabalhar as necessidades de cuidado que esta família apresenta ao invés de condená-la (PLASTINO, 2009).

Articulando esse caso com nosso referencial teórico, surge a questão do racismo e julgamento moral (FOUCAULT, 2005 ; BRANCO, 2009). Este racismo seria um efeito do biopoder, que cria fragmentações dentro da população, considerando alguns como detentores de comportamentos e hábitos corretos e saudáveis e outros como perigosos para a espécie humana. O racismo exerce um efeito de morte a esses grupos perigosos. A morte não

deve ser entendida apenas como o assassinato direto, mas como suas faces indiretas: a rejeição, expulsão, o descrédito, a segregação, entre outros tantos infortúnios que podem se colocar a determinados grupos. Nesta situação, esse efeito de morte fica bastante exemplificado nas decisões do júri sobre a condenação da mãe: deve ser presa, deve ser submetida a uma laqueadura para não ter mais filhos.

O racismo e o julgamento moral também foram observados em outras situações, como uma distinção entre: *nós*, profissionais da saúde, detentores dos saberes corretos e praticantes de hábitos saudáveis; e *eles*, as famílias que se arriscam em hábitos não saudáveis e ignoram os males disso para suas vidas. Essa distinção pode ser perigosa para as práticas de cuidado, pois segrega e distancia estes atores, e se torna um preconceito que diminui o coeficiente de empatia e escuta, tão caros para a relação de cuidado.

Estes casos que apresentam maior complexidade afetam emocionalmente os trabalhadores em saúde, desestabilizando as discussões, angustiando e mostrando os limites dos profissionais. É preciso estar atento a isso, as práticas discursivas sobre Cuidado são importantes nestes momentos, pois dão visibilidade a uma postura ética do profissional frente às relações com as famílias, potencializando que as famílias possam ser reinventar, redefinir seus projetos de vida, serem protagonistas do seu caminhar no mundo.

Não se trata aqui de defender a violência, ou defender que a mãe continue violentando seu filho. Defendemos que o profissional de saúde realize seu trabalho a partir destas ideias de Cuidado: acolher e escutar a família, entender as necessidades que esta família apresenta, e em um trabalho conjunto com a família potencializar que ela repense sua existência, crie estratégias para lidar com o sofrimento de maneira mais ética, justa. É preciso repensar, a todo o momento, o papel do profissional de saúde para que este não se iguale a um policial, um juiz ou um padre.

Outro ponto que pode ser flagrado nesta situação são as práticas discursivas sobre famílias. Quando se diz *“esta mãe, não é mãe”*, está embutido nesta fala um ideal sobre o que é ou não é uma família. De acordo com Sarti (2005) o profissional tende a levar seu próprio modelo de família para

o trabalho, dificultando o cuidado e impondo valores estranhos para as famílias. Esta também é uma atitude de julgamento e pode levar novamente ao perigo de distanciamento das famílias.

Com a escolha metodológica da observação participante, não foi possível neste trabalho, entender profundamente as concepções que cada profissional tem sobre as famílias. As práticas discursivas foram observadas indiretamente a partir das relações de cuidado, das discussões de caso, cabendo a nós realizar um trabalho de interpretação e atribuição de sentidos para estas práticas.

Novamente relacionamos estas práticas discursivas com a defesa de que a equipe geralmente concebe que a família está dentro da norma quando a esta exerce o papel de cuidadora. As famílias são julgadas e valorizadas de acordo com sua característica de estar aberta ao cuidado da equipe de saúde e de cuidar de si mesmo. Em um dos dias que acompanhei uma série de visitas domiciliares, um ACS e PRNS discutiam e valorizavam as famílias boas e as problemáticas: “essa família é boa, eles são bonzinhos, recebem a gente bem, cuidam bem das crianças. Agora, aquela outra família é complicada, não querem nada com nada, é trash”

Os profissionais vão fazendo distinções entre as famílias baseados em quesitos como: abertas a intervenção de saúde, parceiras no cuidado, família que cumpre seu papel. Esses quesitos vão balizando categorias de norma e desvio das famílias, e atribuem valor positivo ou negativo para as famílias.

Sobre o papel das famílias foi possível identificar nas práticas discursivas, a concepção de que cada membro possui uma função, a dos pais é ser pais, independente da própria individualidade. Os filhos são vistos como pessoas sagradas, que precisam ser protegidos e cuidados. A inversão de papéis é visto como um problema a ser combatido: o filho não pode trocar de papel com o pai, nem o pai deve passar a ser cuidado pelo filho.

A família dentro da norma é definida como a parceira no cuidado, não dá trabalho para a equipe, adere o tratamento. Já a família desviante é aquela que geralmente mobiliza afetivamente a equipe (causa cansaço, frustração, angústia, revolta, comparação), dá trabalho, “não quer nada com nada”, e

nesses casos a equipe geralmente usa de estratégias como fazer ameaças e denúncias a fim de realizar seu trabalho.

### **Algumas considerações**

Cabe aqui registrar uma síntese dos sentidos das práticas discursivas observadas no cotidiano de trabalho da equipe. Na escolha deste campo de pesquisa, privilegiamos o Tempo Curto da interação, o momento concreto da vida, da interação face-a-face, o tempo do acontecimento e da interanimação dialógica. É neste tempo, que é possível entender a dinâmica da produção de sentidos, já que encontramos maior combinação de vozes e de conteúdos temporais, e portanto abre mais espaço para a polissemia e contradição (Spink e Medrado 2004).

No cotidiano de trabalho da equipe foi possível perceber uma polissemia de sentidos. A equipe é fortemente marcada pelas práticas discursivas hegemônicas no campo da saúde, caracterizadas pelo paradigma biomédico. As ações de saúde são centradas nos aspectos biológicos e na doença. O profissional se torna o ator principal, único detentor do saber, e prescreve o que a família deve fazer. Frequentemente, o profissional se coloca neste lugar, em que tudo sabe e tudo pode, enquanto o usuário no outro extremo está sempre errado e deve obedecer as prescrições feitas. Em algum nível de consciência, o profissional de saúde flerta com este imaginário, em diversas situações que observamos pudermos ver estas práticas discursivas..

Mesmo que não sendo possível constatar isso nas situações que descrevemos, é necessário advogar que ao mesmo tempo, percebemos que a equipe também partilha de outras práticas discursivas advindas das inovações postas pela Estratégia Saúde da Família e das ideias de Cuidado. Estas foram observadas em diversos momentos como: abertura da relação com o outro; valorização do vínculo como ferramenta terapêutica; sentimento de responsabilização pelas famílias; busca por conhecimentos ampliados do processo saúde doença; presença constante de matriciadores no cotidiano de trabalho; tentativas de inovar nas práticas de cuidado, observado em alguns grupos e Projetos Terapêuticos Singulares que tiraram o foco da doença e

ênfâtizaram a busca pelo protagonismo, autonomia, resgate de projetos de vida, memória social e fortalecimento dos laços comunitários.

Estas também foram situações observadas no cotidiano de trabalho da equipe, mas que são tímidas em relação ao todo observado e vivenciado. Mesmo assim, é importante observar a presença dessas práticas discursivas, pois mostram uma preocupação do profissional em modificar suas práticas de cuidado e também a perenidade desses novos discursos no trabalho da ESF. Trata-se, sem dúvida, de práticas discursivas que tencionam e impulsionam novas práticas de cuidado para a clínica.

A ESF se destaca de outros dispositivos da saúde por suas características de adentrar nos territórios existenciais das famílias. Os profissionais de fato passam a fazer parte do cotidiano: circulando nos mesmos espaços, frequentando os domicílios, encontrando os usuários com regularidade, dando fazendo apoio nas decisões de vida dos usuários, determinando ritmos e compromissos para as famílias. A ESF passa a se tornar um representante oficial do Estado no território, que historicamente é uma região carente da representação do Estado.

Esta presença nos territórios existenciais também aumenta as possibilidades de controle e vigilância do Estado com a população, servindo como um dispositivo de Governamentalidade. Em diversas situações do cotidiano percebemos como são constantes o controle e a vigilância, aumentados ainda mais com a presença dos ACS que circulam e habitam os mesmo territórios das famílias.

Os perigos desses efeitos de poder ficam mais evidentes quando percebemos a presença constante de práticas discursivas de julgamento moral, racismo e imposição de estilos de vida considerados saudáveis. Cria-se com isso, separações claras entre os profissionais e as famílias. Nessas práticas discursivas de entre *nós* e *eles*, a família sofre com estigmatizações, tem sempre hábitos errados e precisa melhorar. Essa separação vai criando um abismo entre os atores, causando prejuízos sérios para as práticas de cuidado, pois dessa maneira fica impossibilitado o diálogo e a identificação.

Além disso, vão sendo criadas divisões entre as famílias. As boas famílias que cuidam dos seus membros e de si mesmas, e estão abertas a intervenção dos profissionais. E as famílias complicadas, que não estão abertas ao cuidado dos profissionais. Para estas famílias complicadas, cabe o julgamento, a condenação e a expulsão de projetos terapêuticos oferecidos pela equipe. Isso vai criando cada vez mais barreiras para reinventar práticas de cuidado e possíveis novos destinos para estas famílias, que ficam enclausuradas nestas concepções.

Aliado a isso percebemos que a questão da pobreza volta a aparecer, como exemplificam as três situações descritas. As famílias pobres aparecem associadas às idéias de desvio, de serem complicadas, de não aderir as prescrições médicas. Ao ver os efeitos de poder que estas famílias foram expostas, como controle, imposição estigma, julgamento parece que por serem pobres é permitido que sofram estes contrangimento. Questionamos-nos se as equipes teriam o mesmo comportamento em famílias com maior poder aquisitivo, isso quando estas famílias permitem a entrada da equipe em seus domicílios.

O que se evidenciou nesta investigação é que para a família pobre parece não existir a possibilidade de ser diferente, quando ocorre a diferença isso já se torna um perigo, algo a ser combatido. A diferença e a luta por outras formas de existência pra o pobre não são legitimadas. Vemos ai que as práticas discursivas das relações de cuidado entre equipe e famílias são marcadas por uma luta entre estes atores no que diz respeito a como a vida deve ser.

Em relação a esta luta existencial, deve se dar destaque aqui, a observação das práticas discursivas dos posicionamentos das famílias. É muito importante ver que algumas famílias vão se posicionado nas relações de poder com os profissionais de saúde. Isso vai abrindo a possibilidade dessas famílias mostrarem outras formas de existir, seus modos de vida, suas concepções e desejos. Isso também pode gerar um efeito na equipe, no modo como ela oferta o cuidado para as famílias, repensando práticas e posturas.

Avaliamos que esta maior possibilidade do usuário se posicionar frente ao profissional de saúde, advindas tanto das características da ESF como da perenidade dos discursos de Cuidado e Humanização no cotidiano dos serviços, são positivos para o campo de saúde e para as relações que aí se estabelecem. Cabe discutir que em alguns momentos da pesquisa, questionamos o quanto esse posicionamento dos usuários pode de fato mudar as práticas de cuidado. Em alguns momentos do campo, notamos que a postura do profissional de saúde muda frente a um posicionamento ativo da família. Entretanto, em outros momentos, percebemos que o posicionamento causa um efeito no profissional de saúde, de deixa-lo nervoso e contrariado, sendo que em algumas vezes, isso pode se configurar como um motivo para o profissional deixar de prestar cuidado ou se importar com a família. Defendemos a necessidade de espaços para o profissional refletir sobre sua prática, a fim de que estes posicionamentos dos usuários realmente signifiquem uma mudança de práxis.

A título de ressalva e finalização, cabe registrar que nosso objetivo neste trabalho não foi o de criticar por criticar as práticas de cuidado da equipe, mas interpretar o cotidiano de trabalho a partir do referencial das análises de poder. Este referencial nos permite realizar uma análise crítica dos perigos que determinadas práticas discursivas podem trazer para a clínica. Perigos que dizem respeito a uma prática controladora, que não respeita as diferenças e a subjetividade das pessoas. O trabalho, portanto, faz este balanço de perigos e como podemos pensá-los e geri-los.

## **5. Considerações Finais**

Este trabalho contou com dois campos de pesquisa diferentes, os documentos oficiais do Ministério da Saúde e o cotidiano de trabalho de uma equipe de saúde da família. Essa possibilidade de unir dois campos de pesquisa distintos, enriqueceu nossa capacidade de compreensão do fenômeno e das práticas discursivas investigadas. Isso possibilitou tanto um aumento quantitativo no número de repertórios interpretativos, quanto uma profundidade de análise quanto à temporalidade dos repertórios.

Esta aproximação da temporalidade dos repertórios tornou o trabalho mais complexo e possibilitou uma análise e um diálogo entre a continuidade e as rupturas de sentidos antigos e novos. O campo da observação participante permitiu um maior alcance do Tempo Curto da interação, possibilitando uma microanálise das relações entre profissionais e famílias, onde se encontrou a maior polissemia de sentidos, contradições, rupturas; já o campo de análise documental permitiu uma aproximação dos Tempos Vivo e Longo, em que se predominou a presença dos discursos mais institucionalizados e estáveis.

Percebemos que a articulação dos dois campos de pesquisa possibilitou complementações, avanços e confirmações nas hipóteses levantadas. Como convergência principal temos a questão da norma das *famílias cuidadoras*, tanto em um campo como no outro. Esta foi uma prática discursiva constante. Como complementação de um campo com o outro, vimos a questão das características da ESF como um dispositivo de governamentalidade, se no primeiro momento temos uma análise descritiva das características que permitem aproximá-la de um dispositivo de governamentalidade, no segundo momento vemos como os profissionais colocam estas características em prática, mostrando que os espectros de controle podem ser maior do que imaginávamos a partir dos documentos.

No caso das famílias pobres, se na análise documental houve inquietações sobre a focalização de ações nela, na observação participante, vimos que as situações que envolvem efeitos de poder na relação entre profissionais e usuários acontecem com maior frequência nas famílias pobres.

Esta pesquisa trabalhou com os sentidos de três práticas discursivas distintas: Poder, Família e Cuidado, analisando as inter-relações destas no cotidiano de trabalho da ESF. A partir do referencial do Construcionismo Social, nos questionamos os sentidos que estas práticas tomam no cotidiano de trabalho, bem como a instituição de determinadas práticas. Esse questionamento nos fez pensar em alguns perigos que determinadas práticas podem trazer para a clínica, em especial na atenção básica. Perigos não são entendidos como algo essencialmente ruim, mas como um alerta, algo que devemos refletir sobre suas consequências.

Ao analisarmos as práticas discursivas que dão contorno a ESF, percebemos que a Estratégia toma o sentido de uma nova forma de organizar o SUS, possibilitando inovações nas práticas de cuidado e novas posturas profissionais. Entretanto, numa análise mais profunda, percebemos que estas práticas discursivas podem trazer diversos perigos que analisamos ao longo do trabalho, são eles: maiores possibilidades de controle e vigilância das famílias; medicalização de problemas sociais e familiares; estigmatização e racismo de grupos, famílias e indivíduos; julgamento moral, culpabilização e imposição de estilos considerados saudáveis; e normalização das condutas, hábitos e desejos. Estes perigos refletem efeitos de poder sob o cotidianos das famílias.

Em síntese, podemos dizer que este poder se ocupa de uma ampliação da vida biológica e da segurança da população, a partir da tese da Governamentalidade. Ele opera a partir do saber biomédico criando zonas de normalidade. Seus efeitos são de determinar que as pessoas estejam dentro dessa zona de normalidade, controlando, vigiando, medicando e algumas vezes punindo-as.

As análises abriram um campo de visibilidade para as relações de força entre profissionais de saúde e famílias. Na análise documental, percebemos que os documentos empoderam as equipes de determinados saberes e normas, colocando a família como um objeto passível da intervenção, controle e normalização. No cotidiano de trabalho, percebemos que a relação que se estabelece entre os dois atores é marcada por uma disputa de força. Trata-se,

acima de tudo, de uma disputa existencial: disputa pelo controle da própria vida, do seu destino, seus hábitos e desejos.

Os espaços de encontro entre profissionais e usuários, seja em consultas, visitas domiciliares, grupos, ou esbarrões pela rua, não são de modo algum pacíficos. Eles expressam muitas vezes o caráter de luta por como caminhar na vida, o que comer, como educar os filhos, o que comprar, o que usar e desejar. Essa disputa se torna mais evidente quando vemos os encontros com as famílias que fogem das zonas de normalidade. A equipe se mostra bastante mobilizada afetivamente com estas famílias, demonstrando sentimentos de impotência, raiva, cansaço e expressando julgamentos morais.

Como um poder positivo, seus efeitos determinam modos de vida e produzem subjetividades sob a população. Entretanto, trata-se de um processo de subjetivação que padroniza ao invés de criar diferenças, a partir de um saber dominante, o biomédico. A disputa se dá neste contexto, em que as famílias se vem obrigadas a adotar padrões de vida que são estranhos aos seus próprios modos de conduzir a vida. Ou são julgadas a partir valores que não são os seus.

Em reflexão sobre este perigo, cabe nos perguntar que lugar social podem ocupar estas famílias, além de serem vistas como desviantes, perigosas ou problemáticas. Que novo lugar social pode ocupar uma mãe que bateu em seu filho, além de ser condenada. Ou uma filha que não deseja cuidar do seu pai, além da obrigação ou da moral. Ou uma família que não segue as prescrições dos profissionais de saúde, além de serem vistas como relapsas ou “não estar nem ai com nada”. É possível que estas pessoas possam ocupar um lugar de cuidado pelo profissionais de saúde, ou só lhes resta serem julgadas, condenadas e banidas dos serviços de saúde?

Como podemos pensar estas existências? Acredito que as práticas discursivas sobre Cuidado podem criar um horizonte ético para os profissionais de saúde redefinirem suas práticas de cuidados, (re) sensibilizarem seus ouvidos e seus olhares que caem tão automaticamente no julgamento e no preconceito. Não podemos nos esquecer que também os profissionais são

determinados pelas mesmas tramas de poder normalizador que as famílias, estamos todos sujeitos a este poder.

É por meio das práticas de resistências que podemos aos poucos escapar destas tramas de poder. É lutando dia a dia, nos processos micropolíticos, que é possível inventar novas formas de ser, estar aberto a outras subjetividades, outras formas de existir. A resistência deve ser exercida tanto pelas famílias como pelos profissionais, a fim de nos libertarmos destas práticas tão cotidianas de controle e vigilância.

Assim é muito interessante constatar no trabalho de campo que as famílias estão conseguindo se posicionar frente aos profissionais de saúde. Esse posicionamento pode provocar mudanças micropolíticas no trabalho dos profissionais de saúde, que ao se deparar com a realidade das famílias evidenciam a necessidade de novas práticas de cuidado para a clínica. O posicionamento das famílias também tem a importante tarefa de combater o imaginário de que o poder está totalmente concentrado nas mãos dos profissionais, cabendo a família apenas responder passivamente às prescrições. O posicionamento exerce a resistência frente aos efeitos de poder.

Apostamos que estas práticas discursivas sobre Cuidado abrem um campo discursivo importante para redefinir as práticas de cuidado no campo da saúde. Dando ênfase as ideias de protagonismo, resistência e reinvenção de si. Estas ideias são férteis para que exista uma postura profissional mais aberta ao encontro com as famílias: escutar, acolher, possibilitar protagonismo e autonomia, redefinir projetos de vida. Estas ideias neste trabalho foram trabalhadas como um norte ético frente às práticas de controle e vigilância. Pensadas como um contraponto necessário. Acreditamos que são ideias bastante férteis, e que merecem serem tratadas com 'mais cuidado' em futuras pesquisas.

Acreditamos que este trabalho contribua como uma reflexão importante e necessária para o movimento da Gestão da Clínica e do Cuidado. Levantando perigos, refletindo sobre horizontes éticos, buscando novos sentidos para as práticas do amanhã, e iluminando a questão das famílias entre as tramas de poder e cuidado.

## Referências

ARIÈS, P. **História Social da Criança e da Família**. 2.ed. Rio de Janeiro: LTC Livros Técnicos e Científicos Editora S.A., 1981.

AYRES, J. C. M. Organização das ações de atenção à saúde: modelos e práticas. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 18, supl. 2, june 2009.

AYRES, J. C. M. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. In: AYRES, J. C. M. **Cuidado**: trabalho e interação nas práticas de saúde. Rio de Janeiro: Abrasco, 2011, p. 41-73.

BAUMAN, Z. **Globalização**: as consequências humanas. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Família: **SAÚDE DA FAMÍLIA**: uma Estratégia de Organização dos Serviços de Saúde. Brasília, março de 1996. p. 2.

BECK, U. **Risk Society**: Towards a New Modernity. Cambridge: Polity Press, 1993.

BERNARDES, A. G.; PELICCIOLI, E. C.; GUARESCHI, N. M. F. Trabalho e produção de saúde: práticas de liberdade e formas de governamentalidade. **Psicologia & Sociedade**; 22 (1): 5-13, 2010.

BRANCO, G. C. Racismo, individualismo, biopoder **Revista Filos.**, Aurora, Curitiba, v. 21, n. 28, p. 29-38, jan./jun. 2009.

CAMPOS, G. W. S. O público e o privado na saúde brasileira. **Revista Le Monde Diplomatique Brasil**, 2008. Disponível em: <<http://www.diplomatique.org.br/artigo.php?id=174>>. Acesso em: 23/03/2015.

CAMPOS, M. R. M.; MATTA, G. C. A Construção Social da Família: elementos para o trabalho na atenção básica. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. **Modelos de atenção e a saúde da família**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007, p. 107-150,

CARVALHO, M. C. B. Famílias e políticas públicas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família**: redes, laços e políticas públicas. São Paulo: IEE, PUCSP, 2005.

CARVALHO, M. R. C.; MAIA, M. S. Em tempos de descuido: o paradigma de cuidado. In: MAIA, M. S.(Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009, p. 19-25.

CARVALHO, S. R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 669-678, jul./set.2004.

COSTA, J. S. F. **Ordem Medica e Norma Familiar**. 5.ed. Rio de Janeiro: Graal, 2004.

DALPIAZ, A. K.; STEDILE, N. L. R. Estratégia Saúde da Família: Reflexões sobre algumas de suas premissas. In: V jornada Internacional de Políticas Públicas: Estado, Desenvolvimento e Crise do Capital, 2011, São Luiz/Maranhão. **V Jornada Internacional de Políticas Públicas- ANAIS**. São Luiz do Maranhão, 2011. p. 01-10.

DESLANDES, S. F. Análise do discurso oficial sobre humanização da assistência hospitalar. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 1, p. 7-13, jan. 2004.

FERREIRA NETO, J. L. et al. Apontamentos sobre promoção da saúde e biopoder. **Saúde e sociedade**, São Paulo, v. 18, n. 3, p. 456–466, Sept. 2009.

FIMYAR, O. Governamentalidade como ferramenta conceitual na pesquisa de políticas educacionais. **Educação e Realidade**, v. 34 n.2 p. 35-56 mai./ago 2009.

FONSECA, C. A vingança de Capitu: DNA, escolha e destino na família brasileira contemporânea. In: **Gênero, Democracia e Sociedade Brasileira**. São Paulo: Editora 34, 2002.

FONSECA, M. T. N. M. Famílias e Políticas Públicas: subsídios para a Formulação e Gestão das Políticas com e para Famílias. **Pesquisas e Práticas Psicossociais**, São João Del-Rei, v. 1, n. 2, dez, 2006.

FOUCAULT, M. O sujeito e o poder. In: RABINOW, P.; RABINOW, H. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica (para além do estruturalismo e da hermenêutica)**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995, p. 231-249,

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

FOUCAULT, M. **História da sexualidade I: a vontade de saber**. 7. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2009.

FOUCAULT, M. A governamentalidade. In: MACHADO, R (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade III: o cuidado de Si**. Rio de Janeiro: Graal, 2011.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade II: o uso dos prazeres**. Rio de Janeiro: Graal, 2012.

GARBOIS, J. A.; VARGAS, L. A.; CUNHA, F. T. S. O direito à saúde na Estratégia Saúde da Família: uma reflexão necessária. **Physis**, v. 18, n. 1, 2008.

MAIA, M.S. **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

MACHADO, R. (Org.). **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2010.

MARSIGLIA, R. M. G. Famílias: questões para o Programa Saúde da Família (PSF). In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas**. São Paulo: IEE, PUCSP, 2005.

MARTINS, L. A. M.; PEIXOTO JÚNIOR, C. A. Genealogia do biopoder. **Psicologia e Sociedade**, v. 21, n. 2, 2009.

MEDEIROS, M. Novas políticas, novas famílias: precisamos saber mais sobre ambas. Como vai? População Brasileira. **IPEA**, Brasília, v.5, n. 2, set. 2000.

MÉDICE, A. C; AGUIAR, M. A. S.. Planejamento familiar versus planejamento governamental. **Saúde em Debate**, n. 16 V.16, p. 25-28, fev, 1984.

MELLO, R. P. et al. Construcionismo, práticas discursivas e possibilidades de pesquisa em psicologia social. **Psicologia e Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, n. 3, dez. 2007.

MERHY, E. E. ; FRANCO, T.B. Programa de Saúde da Família, PSF: Contradições de um programa destinado à mudança do modelo tecnoassistencial. In: MERHY, E. E. et al. **O trabalho em saúde: olhando e experienciando o SUS no cotidiano**. São Paulo: HUCITEC, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 9 ed. São Paulo: Hucitec; 2006. 406 p.

NARDI, H. C., SILVA, R. N. Ética e subjetivação: as técnicas de si e os jogos de verdade contemporâneos. In: GUARESCHI, N, HÜNNING, S. M. (Org.). **Foucault e Psicologia**. Porto Alegre: Abrapso Sul, 2005.

ONOCKO CAMPOS, R. T.; CAMPOS, G. W. S. Co-construção de autonomia: o sujeito em questão. In: CAMPOS, G.W.S. et al. **Tratado de Saúde coletiva**. Rio de Janeiro: Hucitec; Fiocruz, 2007. p. 669 -688.

PEDROSA, C. H. **Cuidar? Sim. Olhar de gênero? Não.** Os sentidos de cuidado nos documentos técnicos do Ministério da Saúde. 2006. 200f. Dissertação (Mestrado em Psicologia Social). Departamento de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, 2006.

PINHEIRO, R.; SILVA JUNIOR, A. G. **Por uma sociedade cuidadora.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2010.

PLASTINO, C. A. A dimensão constitutiva do cuidar. In: MAIA, M. S. (Org.). **Por uma ética do cuidado.** Rio de Janeiro: Garamond, 2009 p. 53-87.

REVEL, J. **Michael Foucault conceitos essenciais.** São Carlos: Editora Clara Luz, 2005.

RIBEIRO, E. M. As várias abordagens da família no cenário do programa/estratégia de saúde da família (PSF). **Revista Latino Americana de Enfermagem**, v. 12 n. 4, jul.-ago, 2004.

ROMAGNOLI, R. C. Algumas reflexões acerca da clínica social. **Revista do Departamento de Psicologia da UFF**, Niterói, v.18, n. 2, jul./dez. 2006.

ROSE, N. **The politics of life itself:** biomedicine, power and subjectivity in the Twenty-First Century. Oxford: Princeton University Press, 2007.

SARTI, C. A. A família como ordem moral. **Cadernos de Pesquisa da Fundação Carlos Chagas: A Família em Destaque**, n.91. p. 46-53, 1994.

SARTI, C. A. A família como ordem simbólica. **Psicologia USP**, v.15, n. 3, p. 11-28, 2004.

SARTI, C. A. Famílias enredadas. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas.** São Paulo: IEE, PUCSP, 2005.

SAWAIA, B. B. Família e afetividade: a configuração de uma práxis ético-política, perigos e oportunidades. In: ACOSTA, A. R.; VITALE, M. A. F. (Org.). **Família: redes, laços e políticas públicas.** São Paulo: IEE, PUCSP, 2005.

SCAVONE, L. Impacto das tecnologias médicas na família. **Saúde em debate**, v. 40, p. 48-53, set. 1993.

SCAVONE, L. Tecnologias reprodutivas: novas escolhas, antigos conflitos. **Cadernos Pagu**, v 10, p. 83-112, 1998.

SOUZA FILHO, A. Foucault: o cuidado de si e a liberdade ou a liberdade é uma agonística. In: ALBUQUERQUE JÚNIOR, D. M.; VEIGA-NETO, A.; SOUSA FILHO, A. (Org.). **Cartografias de Foucault.** Belo Horizonte: Autêntica, 2008. v. 1, p. 13-26.

SPINK, M. J. P. **Psicologia Social e Saúde: práticas, saberes e sentidos**. Petrópolis, R.J.: Vozes, 2003.

SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004.

SPINK, M. J. P. Sobre a promoção de saúde: tensões entre o risco na modalidade aventura e as estratégias contemporâneas de biocontrole. In: JACÓ-VILELA, A.; SATO, L. (Org.). **Diálogos em Psicologia Social**. Porto Alegre: Ed. Evangraf, 2007a.

SPINK, M. J. P. **A psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007b.

SPINK, M. J. P. **Linguagem e produção de sentidos no cotidiano**. Rio de Janeiro: Biblioteca Virtual de Ciências Humanas do Centro Edelstein de Pesquisas Sociais, 2010a.

SPINK, M. J. P. Ser Fumante em um Mundo Antitabaco: reflexões sobre riscos e exclusão social. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.19, n.3, p.481-496, 2010b.

SPINK, M. J. P.; FREZZA, R. M. Práticas discursivas e produção de sentidos: a perspectiva da Psicologia Social. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 17-40.

SPINK, M. J. P.; LIMA, H. Rigor e visibilidade: a explicitação dos passos da interpretação. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 93-122.

SPINK, M. J. P.; MEDRADO, B. Produção de sentidos no cotidiano: uma abordagem teórico-metodológica para análise das práticas discursivas In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 41-61.

SPINK, M. J. P.; MENEGON, V. A pesquisa como prática discursiva: superando horrores metodológicos. In: SPINK, M. J. P. **Práticas discursivas e produção de sentidos no cotidiano: aproximações teóricas e metodológicas**. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2004. p. 63-92.

TRAD, L. A. B.; BASTOS, A. C. S. O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação. **Caderno de Saúde Pública**, v.14, n.2, 1998.

TESSER, C. D. Medicalização social: limites biomédicos e propostas para a clínica na atenção básica. In: TESSER, C. D. **Medicalização Social e atenção à saúde no SUS**. São Paulo: Hucitec, 2010, p. 108-130.

VASCONCELOS, E. M. A Priorização da Família na Política de Saúde. **Revista Saúde em Debate**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 53, p. 6-19, set./dez. 1999.

# APÊNDICE A

Lista de documentos do Corpus

Data	Título do documento	Sumário	detalhe
1997	<i>Saúde da Família uma estratégia para a mudança do modelo assistencial</i>	“A presente publicação tem objetivos ousados, haja vista que busca expressar os princípios e diretrizes operacionais de sua proposta; viabilizar mudanças na forma de pensar e fazer saúde no Brasil; permitindo, a partir de sua divulgação, a discussão de suas bases filosóficas e conceituais pelos diferentes segmentos da Sociedade e do Estado.”	Primeiro documento sobre a ESF apresenta seus fundamentos teóricos e operacionais.
1998	<i>Aprendendo sobre AIDS e Doenças Sexualmente Transmissíveis: Livro da Família</i>	“Os ACS atuam junto às famílias, orientando-as sobre a melhor maneira de cuidar da sua saúde e auxiliando-as a identificar as causas das doenças que as afligem (...) companheiro constante e insubstituível da família brasileira, aquele a quem poderá recorrer sempre que precisar da orientação mais segura para proteger a sua saúde e bem-estar destes tempos de epidemia da aids.”	-O livro usa uma linguagem bem acessível, como se fossem os ACS falando para família. -Transmite informações a partir de casos - Uso de valores morais e papéis sociais
1999	<i>Manual para a organização da atenção básica</i>	“Objetiva regular no âmbito do SUS a atenção básica e apontar um eixo orientador para a reorganização do modelo de atenção de acordo com o estabelecido na NOB-SU 01/96”	Conceitua a atenção básica, e delimita as responsabilidades das esferas estatais e a política de repasse de investimentos. - Não se adequa aos objetivos da pesquisa
2000	Cadernos da Atenção Básica 1 – A implantação da USF	“O objetivo dos Cadernos da Atenção Básica é reunir conteúdos e informações técnicas pertinentes aos protocolos e rotinas de trabalho das Equipes de Saúde da Família, sob os enfoques operacional, gerencial e conceitual. A elaboração de cada título conta com a participação da respectiva área programática do Ministério da Saúde, caracterizando um importante esforço de articulação.”	Versa sobre os aspectos conceituais, programáticos e operacionais do PSF.
2000	Cadernos da Atenção Básica 2 – Treinamento introdutório: PSF	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Caderno versa sobre os principais pontos conceituais e operacionais da ESF - Trata do tema Cuidado familiar
2000	Cadernos da Atenção Básica 3– Educação Permanente	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Versa sobre Educação permanente e diferentes metodologias pedagógicas.
2000	<i>A adolescente grávida e os serviços de saúde do município.</i>	Esse manual tem a finalidade de fornecer informações e orientações gerais aos profissionais dos serviços de saúde, para atendimento a adolescentes grávidas e seus filhos, sem exigir recursos físicos e/ou	- Apresenta a situação da adolescente grávida como uma questão de saúde pública. - Trata mais da questão de como o serviço deve

		financeiros adicionais, bastando apenas redimensionar e redistribuir os recursos existentes.	operacionalizar seu atendimento. - Não se adequa aos objetivos da pesquisa
2000	<i>Organização do Cuidado a partir de Problemas: Uma Alternativa Metodológica para a Atuação da Equipe de Saúde da Família</i>	O objetivo é capacitar para o processo de trabalho na saúde da família	- Trata-se de uma proposta pedagógica para o trabalho com as equipes - Trata do cuidado como o processo de trabalho das equipes.
2002	<i>Guia prático do Programa Saúde da Família</i>	“O documento visa esclarecer para os gestores o que é o PSF, trazendo experiências de cidades que aderiram ao programa, e esclarecendo as principais dúvidas sobre o programa.”	- O documento apresenta uma série de experiências práticas da ESF, trazendo sentidos sobre práticas de cuidado e famílias
2002	<i>Cadernos da Atenção Básica 8 – Violência intrafamiliar</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	- Versa sobre violência familiar, como abordar as famílias e prevenir violência. - Questão de gênero. - Recorte por faixas etárias e sexo: criança, mulher, homem, idoso.
2003	<i>A produção sobre saúde da família.</i>	“O Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e em parceria com a Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (Abrasco) e a Organização Panamericana de Saúde (Opas), apresenta a produção técnico-científica sobre os desafios e as conquistas na implementação da estratégia de saúde da família do Brasil.”	- Documento de difícil manuseio técnico
2004	<i>Avaliação Normativa do Programa Saúde da Família no Brasil: Monitoramento da Implantação e Funcionamento das Equipes de Saúde da Família - 2001/2002</i>	“O Ministério da Saúde realizou no período de junho de 2001 a agosto de 2002 uma avaliação normativa do processo de implantação do Programa Saúde da Família. Esse estudo buscou caracterizar o processo de implantação das equipes de saúde da família e saúde bucal no Brasil, quanto à infra-estrutura das unidades, gestão e processo de trabalho das equipes à luz dos princípios e diretrizes do PSF no país.”	- Documento avaliativo. - Há um capítulo que avalia o processo de trabalho das equipes, considerando quais são as estratégias de cuidado utilizadas. - Não abrange totalmente os objetivos de da pesquisa.
2005	<i>Saúde da Família avaliação da implementação em dez grandes centros urbanos</i>	“Analisar fatores facilitadores e limitantes da implementação do Programa Saúde da Família em dez grandes centros urbanos no que concerne ao estabelecimento de vínculos entre a ESF e a comunidade, à conversão do modelo de atenção à saúde nas unidades básicas e à	- Apresenta um capítulo de avaliação do vínculo entre profissionais e famílias

		sua articulação com a rede de serviços de saúde.	
2005	<i>Curso de facilitadores em educação permanente – modulo: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde.</i>	“Aborda a questão do cuidado em saúde.”	- Traz formas de capacitar a equipe para o cuidado em saúde. - Trata do conceito de Cuidado.
2006	<i>Política nacional de atenção básica</i>	“Estabelece a política de atenção básica.”	Documento de fundamentação jurídica da atenção básica.
2006	<i>Política nacional de promoção à saúde</i>	“Apresenta a política de promoção à saúde, bem como as portarias que a regulamentam”	Documento de fundamentação jurídica e técnica da promoção de saúde
2006	<i>Revista brasileira de Saúde da Família 9</i>	“Revista periódica sobre saúde da família produzida pelo MS.”	- Artigos: equipes mostram como trabalhar com a família - Saúde da família muda a lógica de atendimento da população
2006	<i>Revista brasileira de Saúde da Família 10</i>	“Revista periódica sobre saúde da família produzida pelo MS.”	Artigos: pessoa, família e comunidade: o triângulo da medicina de família e comunidade.
2006	<i>Cadernos da Atenção Básica 13 - Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Contém itens como: assistência integral a mulher, cuidando da família e do cuidador.
2006	<i>Cadernos da Atenção Básica 15- HAS</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Itens: como abordagem integral do paciente e sua família. Estratégia de mudança de estilo de vida. Estratégias de cuidado
2006	<i>Cadernos da Atenção Básica 16 – Diabetes</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Itens: como abordagem integral do paciente e sua família. Estratégia de mudança de estilo de vida. Estratégias de cuidado
2006	<i>Cadernos da Atenção Básica 17 – Saúde Bucal</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Itens: organização da atenção por ciclo de vida.
2006	<i>Cadernos da Atenção Básica 19 – Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Itens: suporte familiar e social
2007	<i>Manual para o ACS:</i>	“Este material tem o objetivo de apresentar informações sobre saúde,	Itens: encargos da família, Vigilância em saúde,

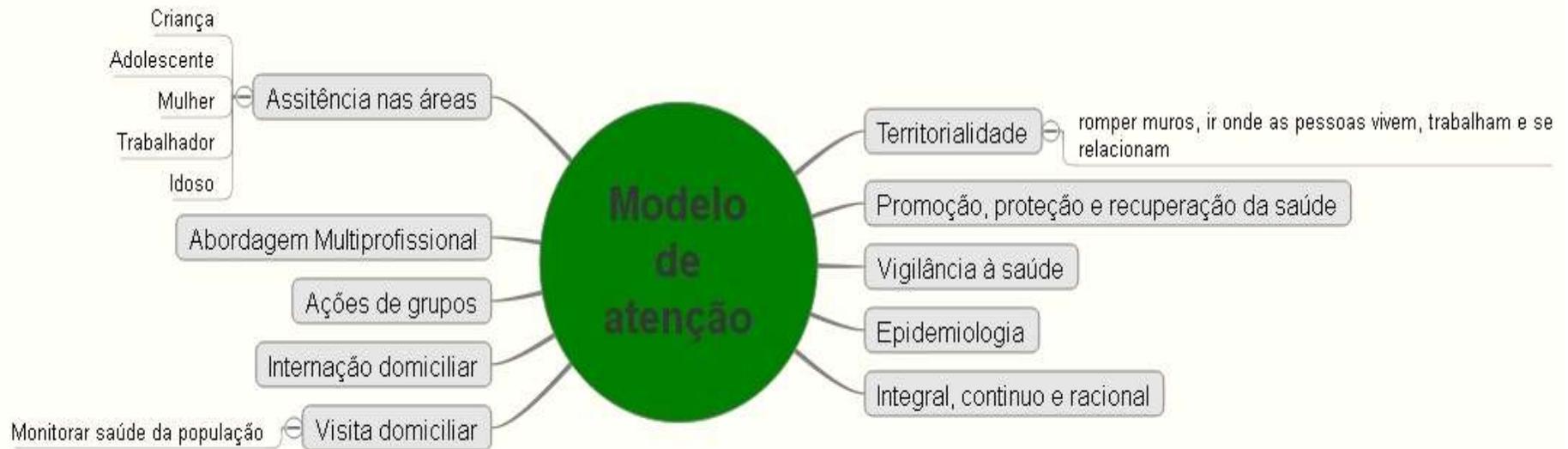
	<i>Alimentação e nutrição para as famílias do programa bolsa família</i>	alimentação e nutrição para que você (ACS) divida com as famílias acompanhadas, promovendo hábitos alimentares mais saudáveis na busca do Direito Humano à Alimentação Adequada. As Equipes Saúde da Família, em especial, você, Agente Comunitário de Saúde, têm um papel central na promoção da saúde e da alimentação saudável na comunidade. É você que estimula e orienta as mães e famílias sobre o valor do aleitamento materno exclusivo e sobre a importância do acompanhamento pré-natal das gestantes; que acompanha o crescimento e o desenvolvimento das crianças, identificando rapidamente aquelas com desnutrição, e também excesso de peso e, orienta toda a família sobre a importância da promoção da alimentação e nutrição adequadas para a saúde.”	Promoção de Saúde, Vigilância nas fases do ciclo da vida.
2007	<i>Revista brasileira de Saúde da Família 15</i>	Revista periódica sobre saúde da família produzida pelo MS	Artigo: Humanização e atendimento personalizado promovem a qualidade de vida em Matelândia
2007	<i>A Saúde de Adolescentes e Jovens</i>	“Adolescentes e jovens são pessoas em desenvolvimento que representam as mais elevadas esperanças de toda nação e, ao mesmo tempo, trazem à tona as vulnerabilidades e contradições de cada sociedade. São cidadãos cujos direitos à saúde, à cidadania, à participação social, à educação, ao lazer e à cultura precisam ser assegurados. Dessa forma, o Ministério da Saúde tem priorizado as ações de promoção de saúde e de participação juvenil.”	- Transmite informações a partir de casos - Uso de valores morais e papéis sociais - Concepções sobre família e cuidado - É um livro com tarefas para as equipes aprenderem a lidar com diversas situações envolvendo adolescentes.
2008	<i>Revista brasileira de Saúde da Família 17</i>	Revista periódica sobre saúde da família produzida pelo MS	Artigos: Em São Paulo, diferenças são tratadas com a mesma dedicação profissional e (re)integração social
2008	<i>Cadernos da Atenção Básica 21 – Vigilância à saúde</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1.	Itens: estratégias de cuidado da ESF: território, vigilância, adscrição, notificação.
2009	<i>Guia prático do agente comunitário de saúde</i>	“O Guia Prático (...) tem como objetivo oferecer subsídios para o desenvolvimento do trabalho do ACS.”	O documento fornece estratégias de cuidado do ACS para família, e divide o cuidado em linhas como criança, saúde mental, mulher, entre outras.

2009	<i>O trabalho do agente comunitário de saúde</i>	O Ministério da Saúde reconhece que o processo de qualificação dos agentes deve ser permanente. Nesse sentido, apresenta esta publicação, com informações gerais sobre o trabalho do agente, que, juntamente com o Guia Prático do ACS, irá ajudá-lo no melhor desenvolvimento de suas ações.	O documento complementa o <i>guia prático do agente comunitário</i> , trazendo questões como cadastro de famílias, planejamento de ações, preenchimento de fichas.
2009	<i>O HumanizaSus na Atenção Básica</i>	As Cartilhas HumanizaSUS têm função multiplicadora; com elas esperamos poder disseminar algumas tecnologias de humanização da atenção e da gestão no campo da Saúde.	Nessa cartilha discute-se a humanização na atenção básica
2009	<i>Cadernos da Atenção Básica 23 –Saúde da criança: aleitamento materno, alimentação complementar</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Itens: promoção de vínculo mãe e filho, importância da família no processo de amamentação.
2010	<i>Cadernos da Atenção Básica 26 – Saúde Sexual e Reprodutiva</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Itens: direitos sexuais, equidade entre homens e mulheres, abordagem centrada na pessoa, abordagem familiar, abordagem a diversos grupos sociais, faixas etárias, por sexo, por gênero.
2012	<i>Documento de diretrizes para o cuidado das pessoas com doenças crônicas nas Redes de Atenção à Saúde e nas linhas de cuidado prioritárias</i>	Este documento visa a estabelecer as diretrizes para o cuidado às pessoas com doenças crônicas na Rede de Atenção às Pessoas com Doenças Crônicas, assim como a subsidiar a organização dessa rede e a definir conceitos importantes para essa organização.	O documento fornece algumas estratégias de cuidado como PTS, atenção multiprofissional, autocuidado. Faz referências à atenção básica e ao cuidado centrado na família.
2012	<i>Política Nacional de atenção Básica</i>	Estabelece a nova política de atenção básica	Documento de fundamentação jurídica da atenção básica
2012	<i>Cadernos da Atenção Básica 32 – Atenção ao pré natal de baixo risco</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1	Itens: gravidez na adolescência, estratégias de cuidado, direitos da gestante
2012	<i>Cadernos da Atenção Básica 33 – Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento</i>	Idem ao Cadernos da Atenção Básica 1.	Itens: a chegada da criança na família, VD para a família, proteção e cuidado para a criança e família em situação de violência.

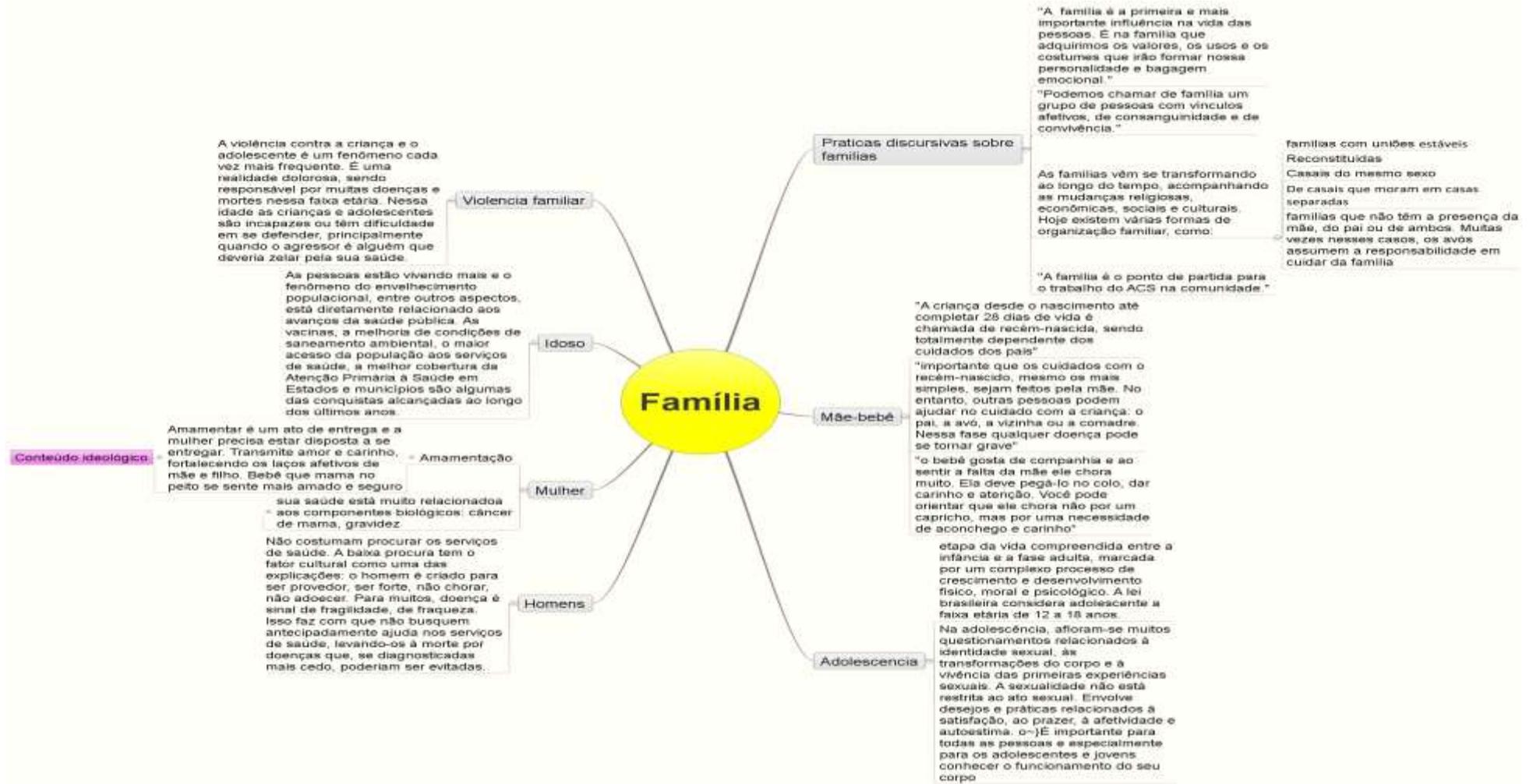
# APÊNDICE B

Exemplificação das árvores de associação de idéias da análise documental

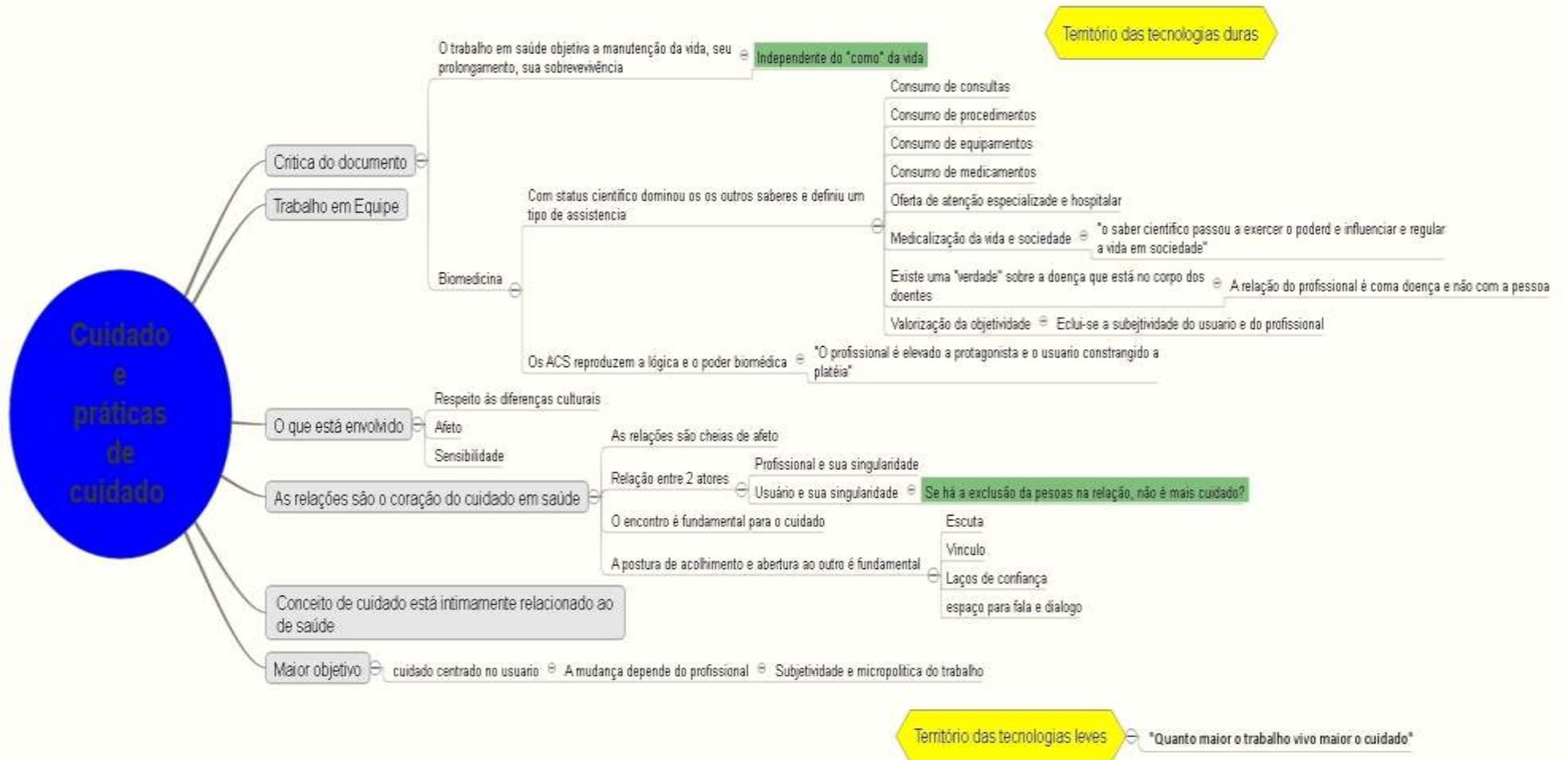
I - Árvore de associação de ideias referente ao Modelo de Atenção, construída a partir do documento 1 : *Saúde da Família uma estratégia para a mudança do modelo assistencial*



II - Árvore de associação de ideias referente aos sentidos de Família, construída a partir do documento 7 : *Guia prático do agente comunitário de saúde*



III - Árvore de associação de ideias referente aos sentidos de Cuidado e práticas de cuidado, construído a partir do documento 5 :  
 Curso de facilitadores em educação permanente – modulo: trabalho e relações na produção do cuidado em saúde



# APÊNDICE C

Roteiro de Observação

## **Roteiro de Observação**

### Espaços de observação:

Acolhimentos, consultas, discussões de caso, visitas domiciliares, grupos, reuniões de equipe, entre outros.

### O que observar:

1. Como é realizado o cuidado das famílias,
2. Quais práticas discursivas e sentidos sobre Famílias se presentificam nas relações de cuidado,
3. Quais os sentidos de cuidado produzidos na relação de profissionais e usuários do serviço.
4. Quais os posicionamentos dos profissionais nessas relações,
5. Quais os posicionamentos dos usuários nessas relações.
6. Quais os efeitos de saber-poder são produzidos nessas relações de cuidado,

### Instrumento de coleta:

Diário de campo.

# APÊNDICE D

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Observação Participante dos Profissionais

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Observação Participante dos Profissionais**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa DE QUE FAMÍLIA CUIDA A SAÚDE DA FAMÍLIA?. Você foi selecionado por trabalhar nesta Unidade de Saúde da Família, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição, e não acarretará em nenhuma penalização e nem prejuízo para sua vida.

O objetivo deste estudo é compreender as relações de cuidado entre profissionais e famílias no cotidiano de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa consistirá de uma observação das relações de cuidado, assim a proposta é que irei observar como acontecem essas relações da forma mais natural possível. Estes encontros serão registrados em um diário de campo. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo que você não será identificado por seu nome.

Entre os riscos ou malefícios para participar desta pesquisa, podem surgir sentimentos de desconforto, desconfiança, incerteza e cansaço. Entretanto, estarei atento para acolher e manejar qualquer mal estar identificado durante a pesquisa, executando os procedimentos ou encaminhamentos necessários para seu bem estar. Lembrando dos objetivos do estudo e que você não é obrigado a participar e pode deixar a pesquisa a qualquer momento. Como benefícios temos que esta pesquisa possa obter maior conhecimento sobre o tema a fim de possibilitar a criação de medidas e instrumentos que ajudem as equipes a melhorarem o cuidado.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador que será responsável pelo acompanhamento de todas as etapas desta pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Luis Henrique Moura Ferreira

Rodovia Washington Luís, Km 235 - SP-310 São Carlos - São Paulo - Brasil  
CEP 13565-905  
Telefone: 88261705

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: [cephumanos@power.ufscar.br](mailto:cephumanos@power.ufscar.br)**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do sujeito de pesquisa

# APÊNDICE E

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - Observação Participante dos  
Usuários

**Termo de Consentimento Livre e Esclarecido  
Observação Participante dos Usuários**

Você está sendo convidado(a) para participar da pesquisa DE QUE FAMÍLIA CUIDA A SAÚDE DA FAMÍLIA?. Você foi selecionado por ser um usuário dos serviços desta Unidade de Saúde da Família, sua participação não é obrigatória. A qualquer momento você pode desistir de participar e retirar o consentimento. A recusa não trará nenhum prejuízo na relação com o pesquisador ou com a instituição, e não acarretará em nenhuma penalização e nem prejuízo para sua vida.

O objetivo deste estudo é compreender as relações de cuidado entre profissionais e famílias no cotidiano de trabalho da Estratégia de Saúde da Família. A pesquisa consistirá de uma observação das relações de cuidado, assim a proposta é que irei observar como acontecem essas relações da forma mais natural possível. Estes encontros serão registrados em um diário de campo. As informações obtidas através dessa pesquisa serão confidenciais e asseguramos o sigilo sobre sua participação. Os dados não serão divulgados de forma a possibilitar sua identificação, sendo que você não será identificado por seu nome.

Entre os riscos ou malefícios para participar desta pesquisa, podem surgir sentimentos de desconforto, desconfiança, incerteza e cansaço. Entretanto, estarei atento para acolher e manejar qualquer mal estar identificado durante a pesquisa, executando os procedimentos ou encaminhamentos necessários para seu bem estar. Lembrando dos objetivos do estudo e que você não é obrigado a participar e pode deixar a pesquisa a qualquer momento. Como benefícios temos que esta pesquisa possa obter maior conhecimento sobre o tema a fim de possibilitar a criação de medidas e instrumentos que ajudem as equipes a melhorarem o cuidado.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o telefone e o endereço do pesquisador que será responsável pelo acompanhamento de todas as etapas desta pesquisa, podendo tirar suas dúvidas sobre o projeto e sua participação, agora ou a qualquer momento.

---

Luis Henrique Moura Ferreira

Rodovia Washington Luís, Km 235 - SP-310 São Carlos - São Paulo - Brasil  
CEP 13565-905  
Telefone: 88261705

**Declaro que entendi os objetivos, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar. O pesquisador me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UFSCar que funciona na Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa da Universidade Federal de São Carlos, localizada na Rodovia Washington Luiz, Km. 235 - Caixa Postal 676 - CEP 13.565-905 - São Carlos - SP – Brasil. Fone (16) 3351-8110. Endereço eletrônico: cephumanos@power.ufscar.br**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

---

Assinatura do sujeito de pesquisa

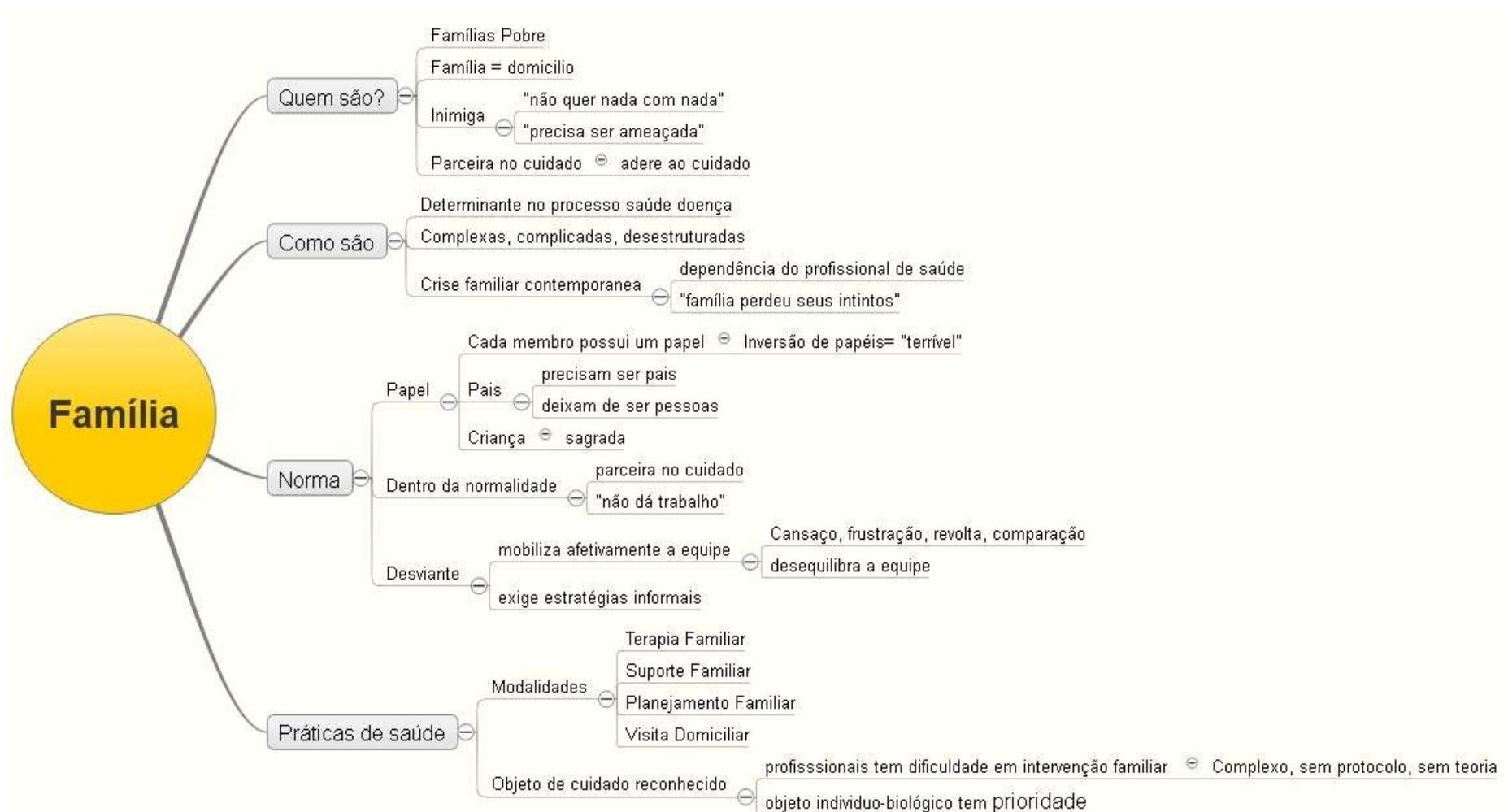
# APÊNDICE F

Árvores de associação de idéias da observação participante

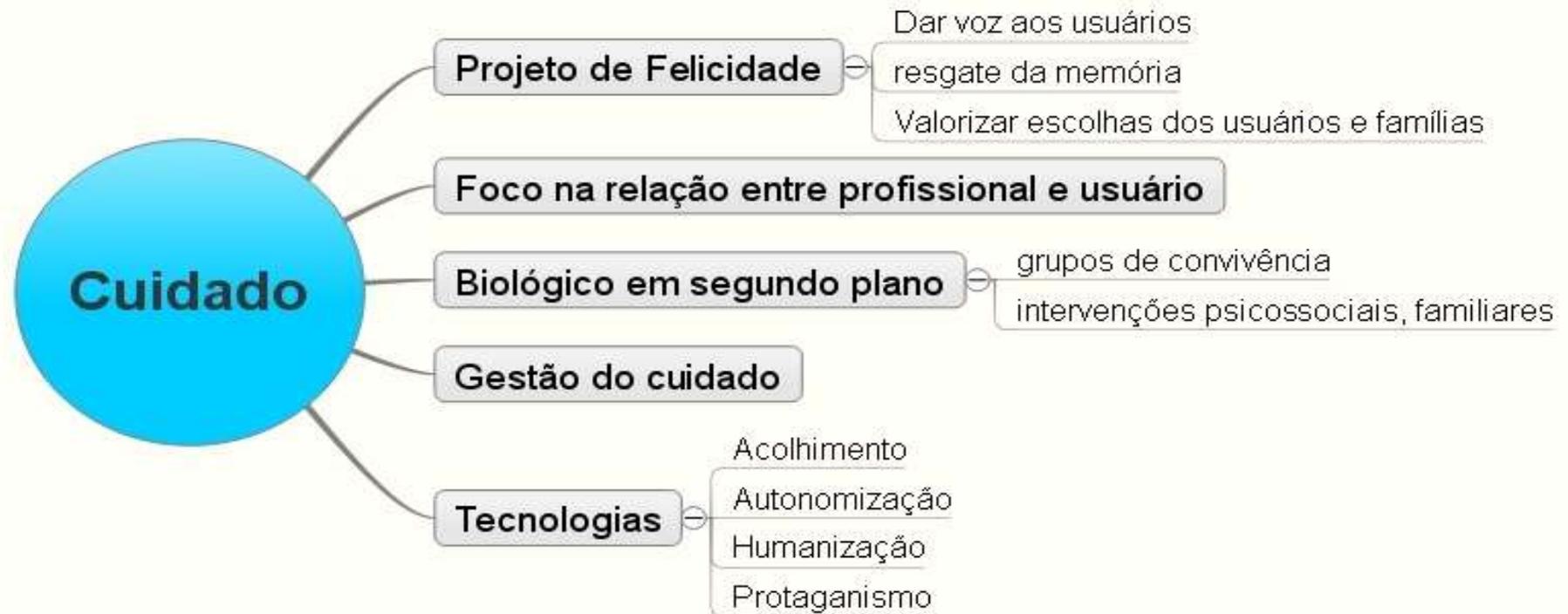
I - Árvore de associação de ideias referente aos sentidos de *práticas de cuidado*, construída a partir da observação participante.



II - Árvore de associação de ideias referente aos sentidos de *Famílias*, construída a partir da observação participante.



III - Árvore de associação de ideias referente aos sentidos de *Cuidado*, construída a partir da observação participante.



IV - Árvore de associação de ideias referente aos sentidos de *Posicionamento dos usuários*, construída a partir da observação participante.



V - Árvore de associação de ideias referente aos sentidos de *Efeitos de poder*, construída a partir da observação participante.

