



UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA  
MESTRADO ACADÊMICO EM SAÚDE COLETIVA

ALPHEU FERREIRA DO AMARAL JUNIOR

**VESTÍGIOS DO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA NA ATENÇÃO  
BÁSICA**

Dissertação de Mestrado  
Porto Alegre – Rio Grande Do Sul  
2017

## CIP - Catalogação na Publicação

Amaral Junior, Alpheu Ferreira do  
Vestígios do Processo de Medicalização da Vida na  
Atenção Básica / Alpheu Ferreira do Amaral Junior. --  
2017.  
138 f.  
Orientador: José Geraldo Soares Damico.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do  
Rio Grande do Sul, Escola de Enfermagem, Programa de  
Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, BR-RS,  
2017.

1. Medicalização. 2. Atenção Básica. 3. Estratégia  
de Saúde da Família . 4. Promoção da Saúde. I. Damico,  
José Geraldo Soares, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os  
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

ALPHEU FERREIRA DO AMARAL JUNIOR

**VESTÍGIOS DO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA NA  
ATENÇÃO BÁSICA.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

**Orientador: Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico**

PORTO ALEGRE – RIO GRANDE DO SUL

2017

ALPHEU FERREIRA DO AMARAL JUNIOR

**VESTÍGIOS DO PROCESSO DE MEDICALIZAÇÃO DA VIDA NA  
ATENÇÃO BÁSICA.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Saúde Coletiva (Mestrado Acadêmico), junto ao Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Prof. Dr. José Geraldo Soares Damico - Orientador

Profa. Dra. Tatiana Engel Gerhardt

Prof. Dr. Dário Frederico Pasche

Prof. Dr. Luiz Fernando Silva Bilibio

PORTO ALEGRE, 2017

## **DEDICATÓRIA**

Dedico esta pesquisa a todas as pessoas que, ao longo da minha vida me sensibilizaram de alguma maneira para o cuidado em saúde.

## **AGRADECIMENTOS**

É chegada a hora de agradecer às pessoas que, de uma forma ou de outra, escreveram junto comigo esta dissertação.

Agradeço ao mestre, meu orientador, José Geraldo Damico, que me acolheu e, ao longo desses dois anos, conduziu a orientação deste trabalho de forma atenciosa dedicada e paciente, compartilhando seus conhecimentos e instigando a construção dos meus.

Agradeço à UFRGS e ao PPGCol por terem possibilitado o acesso a um ensino público, gratuito e de qualidade.

Aos colegas de mestrado, que, nas discussões de aula e conversas de bar, compartilharam seus aprendizados, suas alegrias e também suas indignações com o momento político que vivemos no Brasil – os ataques à democracia, aos direitos trabalhistas, as ameaças ao SUS e tantas outras barbáries presentes nos últimos anos neste país.

Às minhas colegas de orientação: Júlia, Mayra e Tassi, pela generosidade e, principalmente, pelos espetinhos do Miau.

Aos meus companheiros Leonardo Trápaga Abib e Rogerio Fortes, que me incentivaram ao ingresso no mestrado.

Ao companheiro Luiz dos Santos Ferreira, que desde os tempos de Residência tem sido referência para a minha atuação como professor de Educação Física no SUS.

Ao Elisandro Rodrigues, pelas ajudas na confecção da dissertação.

A Cassio Lamas Pires, Leonardo Cunha e Rose Teresinha Meyer por todo empenho que dedicaram à minha formação para atuar no SUS.

Às colegas de Nasf: Chandra, Cristiane, Gabriely, Helena, Juliana, Karla, Licier, Sara; Geli, Renata, Carol, Laura e Natalia.

À minha família, mãe, pai, irmãs e sobrinhos, por todo amor, compreensão e paciência nesse período de constantes ausências.

À minha companheira Sara Brunetto, por todo afeto, carinho, respeito e dedicação. Por suportar meus momentos de mau humor e, sobretudo, por me incentivar a cada instante.

## RESUMO

A presente dissertação aborda a temática da medicalização social a partir da problematização do cuidado, permeado pela noção de promoção à saúde, praticado no âmbito da Atenção Básica pela Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família. A medicalização seria uma forma de poder que atua sobre a população, no âmbito coletivo e individual, a partir de uma certa racionalidade médica imbricada nas estruturas da sociedade que é potente o suficiente para formular noções sobre os comportamentos desviantes que colocariam em risco a saúde bem como propor a adoção de certos modos de vida para serem seguidos individualmente e coletivamente. Para problematizar essa prática, apresento como questão central: como as equipes das unidades de saúde da Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, direcionam determinadas práticas de cuidado que podem ser posicionadas como processos e estratégias de medicalização da vida dos sujeitos e grupos atendidos? Como material empírico, utilizei narrativas de experiências vividas no dia a dia como trabalhador do Sistema Único de Saúde que atua no Núcleo de Apoio a Saúde da Família. A escolha das histórias narradas ocorreu a partir da minha percepção de que contribuiriam para tratar da temática da medicalização. Buscam apontar marcas do processo de medicalização que almejavam a gestão do corpo social, mesmo quando esse cuidado está arraigado em dispositivos aparentemente contra hegemônicos.

**Palavras-chave:** medicalização; Atenção Básica; Estratégia de Saúde da Família; Promoção da Saúde



## **Abstract**

This dissertation approaches the theme of social medicalization, based on the problematization of care permeated by the notion of health promotion, which is practiced in the scope of Primary Care, the Family Health Strategy and the Family Health Support Unit. In order to do so, it presents as a central question: how the teams of the Primary Care health units, especially the Family Health Strategy and the Family Health Support Center, direct certain care practices that can be positioned as medicalization processes and strategies of the lives of the subjects and groups served? In order to explain this issue, I used as narrative material narratives of experiences lived in the day-day of Health Unic System worker who works in the Family Health Support Unit. The choice of stories that are problematized occurred from the author's perception of the power they carried with them to deal with the topic of medicalization. The narratives as a background were used to problematize care in Primary Health Care, mediated by the Family Health Strategy and Family Health Support Unit, with the intention of locating and searching for the brands of the medicalization process, which would aim at the management of the social body, even when such care is rooted in seemingly counter-hegemonic devices. In this research the medicalization was understood as a form of power that acts on the population, in the collective and individual scope, from a certain medical rationality imbricated in the structures of the society that is powerful enough to formulate notions on the deviant behaviors that would put in health risk, as well as proposing the adoption of certain lifestyles to be followed individually and collectively.

**Keywords:** medicalization; Primary Health Care; Family Health Strategy; Health Promotion

## SUMÁRIO

<b>1. Apresentação</b> .....	11
1.1 <i>Dos caminhos que me conduziram até a temática da medicalização</i> .....	18
Vestígio 1.....	24
Vestígio 2.....	34
1.2 <i>Paisagens que possibilitaram os encontros e as percepções dos vestígios de medicalização da vida</i> .....	39
Vestígio 3.....	45
1.3 <i>Aspetos teóricos-metodológicos</i> .....	52
1.3.1 Construção dos caminhos da pesquisa.....	52
1.3.2 A escolha por contar histórias.....	54
1.3.3 <i>Enquadrando os vestígios</i> .....	57
<b>2. Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Aproximações com a medicalização da vida no contexto da Atenção Básica</b> .....	58
Vestígio 4.....	61
2.1 <i>Medicalização da vida</i> .....	72
Vestígio 5.....	75
Vestígio 6.....	81
2.2 Nuances do biopoder na Atenção Básica .....	87
Vestígio 7.....	95
Vestígio 8.....	105
<b>3. Considerações parciais e provisórias</b> .....	116
Uma lembrança.....	123
<b>4. Referências</b> .....	129

## 1. APRESENTAÇÃO:

O presente estudo aborda a temática da medicalização da vida, problematizando<sup>2</sup> o cuidado exercido por trabalhadores da Atenção Básica num município da região da grande Porto Alegre – RS.

Situar a presente investigação na Atenção Básica, de certa maneira, expressa a vontade de produzir alguma gagueira nas prerrogativas e princípios presentes nas formulações em torno do Sistema Único de Saúde (SUS). Trata-se de olhar criticamente para “determinados conceitos, modos de se organizar o cuidado e modos de se fazer a gestão, formulados por militantes/intelectuais/gestores engajados na reforma sanitária, por serem eles, em princípio, justos e necessários” (CECILIO, 2007:345).

Ainda que a Estratégia de Saúde da Família (ESF) se apresente como um modelo de cuidado justo e necessário, é preciso superar as simplificações e produzir pensamentos críticos que promovam a ideia de que os modos como se viabilizam as práticas de saúde precisam ser cartografados<sup>3</sup>, evitando a adesão automática e acrítica às diretrizes definidas. É importante problematizar, por exemplo, a premissa de que a Atenção Básica seria desenvolvida por meio do exercício de ações gerenciais e sanitárias democráticas e participativas com vista a promover a saúde.

Assim, o objetivo seria produzir lacunas que permitam jogar luz sobre o modo como está organizado o processo de promoção da saúde na Atenção Básica a partir das equipes de ESF, que teriam nas equipes de Núcleo de Apoio a Saúde da Família (Nasf) a retaguarda especializada. Isso significa estar preparado para suspeitar da intencionalidade do cuidado

---

<sup>2</sup> Problematização, segundo Foucault, seria colocar em suspeição as verdades, produzir um jeito de olhar para objetos e situações comuns com um distanciamento necessário para que seja possível desnaturalizar, desconstruindo as noções de verdadeiro/falso, certo/errado, bonito/feio. Rever o que está definido como normativo e, desse modo, questionar de onde se originou e como essa normatividade não é uma verdade absoluta, mas algo construído a partir das vivências, algo elaborado por nós em dado momento, em determinada circunstância, criado socialmente, que poderá perder seu significado com a passagem do tempo. (FOUCAULT, 2008)

<sup>3</sup> Cartografar, segundo Merhy, seria problematizar os modos cotidianos de se produzir saúde. (MERHY, 2002)

disponibilizado, pois aquilo que à primeira vista aparentaria ser disposição para promover e resolver os problemas de saúde com maior frequência e relevância de um território pode guardar consigo uma certa pretensão de controle, já que tem como ponto de partida visibilizar e exercer vigilância sobre pessoas e/ou grupos populacionais específicos.

A ESF constitui-se como um modelo de Atenção Básica que opera nos locais de circulação, isto é, nas ruas, nas esquinas, nas praças, nos parques e nas casas, tendo legitimação para penetrar nos locais de vida das pessoas mediante a promessa/compromisso com a saúde da população de um determinado território. Dessa forma, os trabalhadores das equipes de ESF e Nasf transbordam para os espaços de vida, e os projetos para a manutenção/promoção/recuperação da saúde, embora justos e necessários, podem acabar se configurando como instrumentos de cooptação e normalização dos modos de levar a vida. Isto é, as equipes de ESF e Nasf poderiam operar como organismos de regulação do corpo social, detentores de tecnologias que lhes possibilitariam constituir-se como entidades onipresentes que tudo veem, tudo avaliam, tudo controlam, tudo sabem, tudo orientam. Os trabalhadores dessas equipes conseguiriam, assim, atuar no espaço micropolítico, promovendo projetos ético-políticos.

Desse modo, os dispositivos ESF e Nasf, além de resolverem a maioria das questões de saúde, acumulariam potência para formatar toda uma ampla rede de relações com a população nos territórios de atuação a fim de evitar o aparecimento das doenças. Mesmo que seja possível verificar a promessa de estabelecer relações horizontais para superar a lógica autoritária já instituída nas relações de saúde em suas diretrizes de atuação, tal promessa, ao que tudo indica, não se realizaria, visto que o desafio de manter relações horizontais entre os que cuidam e os que recebem o cuidado parece ser inviável, já que cada trabalhador conservaria consigo valores e concepções acerca do que seria saúde e de como deveria realizar seu trabalho e cada usuário manteria um entendimento singular sobre o processo de saúde/adoecimento, o que por vezes produz espaços de disputa entre os que cuidam e os que são cuidados. Sendo assim, o

trabalhador de saúde, colocado na posição de cuidador, estaria com melhores condições para exercer determinado conjunto de poder que incidiria sobre os usuários, visto que eles detêm o poder-saber da área da saúde e operam legitimados por discursos de verdade biomédicos que se sobrepõem aos entendimentos e percepções individuais sobre a condição de saúde.

A dificuldade imposta para que haja certa simetria nesse tipo de relação, quando que envolve o exercício dos processos de criação e o protagonismo em relação aos modos de manter a saúde, também poderia ser atribuída à disposição do arranjo organizacional do sistema, visto que este possibilitaria, entre outras coisas, capturar, circunscrever, na vida das pessoas, certas relações institucionais que poderiam se apresentar como formas de controle.

Quem vive o SUS percebe que se trata de um sistema distante de ser único, pois mantém uma diversidade de arranjos institucionais, equipamentos e metodologias de trabalho. Parece haver uma ampla gama de conformações loco-regionais que acabam permitindo o estabelecimento de redes de atenção à saúde heterogêneas em cada município, mesmo que haja um respeito às prerrogativas de cada nível do SUS. (BRASIL, 2006:07)

Destaco a heterogeneidade do SUS para informar que a referência utilizada para problematizar o cuidado comunitário de base territorial se restringe ao universo que experencio como trabalhador do Nasf, no município de Sapucaia do Sul, no Rio Grande do Sul. Assim, a produção do material empírico é decorrente de experimentações provavelmente singulares. Isso dificulta, em alguma medida, extrapolar tais vivências para todos os outros profissionais que atuam no mesmo nível de atenção.

Como compromisso ético, acho importante esclarecer, sobre a produção do material empírico, que, ao utilizar as narrativas, não tive a pretensão nem a capacidade para reproduzir fidedignamente de modo escrito os acontecimentos vividos, de modo que contarei apenas a minha versão do ocorrido, tendo em vista os limites estabelecidos pelo método.

Escrevo a narrativa como um exercício de juntar fragmentos da minha memória e colocá-los num certo ordenamento – memórias que às vezes são só minhas, não tendo acontecido do mesmo modo para quem possa ter compartilhado o ocorrido.

Para elucidar o que quero expressar, trago uma passagem, recortada por Cunha (1997), de uma obra de Monteiro Lobato (1950) que julgo bem-humorada e que talvez seja útil para ilustrar o modo como construí as narrativas.

- São as minhas memórias, dona Benta.
- Que memórias, Emília?
- As memórias que o Visconde começou e eu estou concluindo. Neste momento estou contando o que se passou comigo em Hollywood, com a Shirley Temple, o anjinho e o sabugo. É um ensaio duma fita para a Paramount.
- Emília! Exclamou dona Benta. Você quer nos tapear. Em memórias a gente só conta a verdade, o que houve, o que se passou. Você nunca esteve em Hollywood, nem conhece a Shirley. Como então se põe a inventar tudo isso?
- Minhas memórias, explicou Emília, são diferentes de todas as outras. Eu conto o que houve e o que deveria haver[...]"  
(Monteiro Lobato, 1950, p.129)

Apesar dos limites que a narrativa impõe para reproduzir fidedignamente o experimentado, não me aproximo das fábulas, dos mitos, das lendas ou dos contos populares. O que narro são experiências vividas, e o objetivo é organizar uma problematização de aspectos que se insinuam como capazes de rasurar episódios que caracterizo como medicalização da vida. Tento escapar da dicotomia entre as narrativas de fantasia e as que buscam a verdade absoluta. Busco comunicar uma experiência vivida; não só os acontecimentos em si, mas o significado desses acontecimentos, sem encerrá-los em uma única visão e dentro das possibilidades da narrativa que, por ser uma história contada, já poderia ser compreendida como ficção.

As narrativas foram utilizadas como pano de fundo para problematizar o cuidado no âmbito da Atenção Primária<sup>4</sup> em saúde, mediado pelas equipes de ESF e de Nasf, com a pretensão de localizar as marcas do processo de medicalização que almejavam a gestão do corpo social, mesmo quando

---

<sup>4</sup> Para fins desta pesquisa de mestrado, entende-se Atenção Primária como sinônimo de Atenção Básica.

esse cuidado está arraigado em dispositivos aparentemente contra-hegemônicos, como a Equipe de Referência<sup>5</sup>, a Clínica Ampliada<sup>6</sup>, o Projeto Terapêutico Singular<sup>7</sup>, a Escuta<sup>8</sup>, o Vínculo<sup>9</sup> e a Reunião de Equipe,<sup>10</sup> operados na perspectiva da promoção da saúde (FAVORETO e CAMARGO JR., 2002:64).

É importante esclarecer que a medicalização como fenômeno, nesse estudo, é compreendida como uma forma de poder<sup>11</sup> que atua sobre a população, no âmbito coletivo e individual, a partir de uma certa racionalidade<sup>12</sup> médica imbricada nas estruturas da sociedade que é potente o suficiente para formular noções sobre os comportamentos desviantes que colocariam em risco a saúde, bem como propor a adoção de certos modos de vida para serem seguidos individual e coletivamente (GAUDENZI; ORTEGA, 2011:02).

---

<sup>5</sup> Equipes de Referência faz alusão às equipes interdisciplinares ou transdisciplinares que têm algum poder de decisão na organização, principalmente no que diz respeito ao processo de trabalho da equipe para a responsabilização do cuidado. A intenção, com esse dispositivo, é de colocar o usuário como elemento central no processo gerencial e de atenção a saúde. (BRASIL, 2007:27)

<sup>6</sup> A proposta de clínica ampliada é ser um instrumento para que os trabalhadores e gestores de saúde possam enxergar e atuar na clínica para além dos pedaços fragmentados, sem deixar de reconhecer e utilizar o potencial dos diversos saberes. O desafio é lidar com os usuários enquanto sujeitos buscando sua participação e autonomia no projeto terapêutico. (BRASIL, 2007:3)

<sup>7</sup> É um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão coletiva de uma equipe interdisciplinar, com apoio matricial se necessário. Geralmente é dedicado a situações mais complexas. (BRASIL, 2007:40)

<sup>8</sup> Escutar significa, num primeiro momento, acolher toda queixa ou relato do usuário mesmo quando possa parecer não interessar diretamente para o diagnóstico e tratamento. O objetivo seria perceber quais as correlações que o usuário estabelece entre o que sente e a vida, os motivos que ocasionaram o seu adoecimento. (BRASIL, 2007:16)

<sup>9</sup> Seria a possibilidade de promover fluxos de afetos para melhor compreender o outro e poder ajudar a pessoa doente a ganhar mais autonomia e lidar com a doença. É estabelecido para que haja um membro da equipe que se responsabilize e acompanhe o processo de cuidado (coordenação). (BRASIL, 2007:17)

<sup>10</sup> A Reunião de equipe é um espaço formal para organização dos processos de trabalho e cuidado. Participam desse ambiente todos os trabalhadores da unidade de saúde, com a garantia de que todas as opiniões são importantes para ajudar a entender o Sujeito com alguma demanda de cuidado em saúde e, conseqüentemente, para definição de propostas de ações. (BRASIL, 2007:52)

<sup>11</sup> O poder compreendido como uma série de práticas que configuram as relações dos indivíduos entre si, das instituições com os indivíduos, dos Estados entre si e do Estado com as instituições e com os indivíduos. As relações de poder permeiam o tecido social, e em cada segmento da sociedade teremos práticas variadas de poder que são históricas, as quais podem estar ou não vinculadas ao Estado. “Os poderes se exercem em níveis variados e em pontos diferentes da rede social e neste emaranhado complexo os micro-poderes existem integrados ou não ao Estado”. (MACHADO, 2006:121)

<sup>12</sup> A noção de racionalidade pode ser interpretada como uma construção conceitual que descreve/interpreta um conjunto de fenômenos culturais e sociais de seu tempo observáveis de acordo com um modelo ético. (MADEL, 2012:17)

Ao fazer referência à racionalidade médica estruturada e validada socialmente, são incluídas dentro do mesmo arcabouço ético-político as demais disciplinas da saúde que se fundamentam nas bases epistemológicas e éticas da biomedicina para viabilizar seus domínios/saberes nesse campo, tanto sobre o corpo individual quanto o coletivo (MADEL, 2012:17).

O fenômeno da medicalização, segundo Foucault (1982), em *Microfísica do Poder*, se refere a uma mecânica de poder plural e inventiva, criada e expandida pela medicina moderna. O filósofo problematiza as condições de possibilidade que se viabilizaram para exercer o controle e a gestão do corpo e os modos como se interferiu nas contingências da conduta individual e coletiva por meio da definição de regras que deveriam reger a vida, não apenas no âmbito da evitação e recuperação de quadros de doenças, mas também nas formas gerais de regramento do comportamento humano (FOUCAULT, 1982).

Para problematizar como está acontecendo o processo de medicalização da vida na Atenção Primária à Saúde, que possivelmente estão a reboque de uma mecânica de poder plural e inventiva, criada e expandida pela racionalidade biomédica, apresento como pergunta principal de pesquisa: como as equipes das unidades de saúde da Atenção Básica, em especial a Estratégia de Saúde da Família e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família, direcionam determinadas práticas de cuidado que podem ser posicionadas como processos e estratégias de medicalização da vida dos sujeitos e grupos atendidos?

A pergunta de pesquisa objetiva colocar sob rasura determinadas formas de cuidado que, em um primeiro momento, podem parecer naturais e cheias de boas intenções, estabelecidas para proteger e recuperar a saúde das pessoas. Ao colocar sob suspeição essa naturalização,<sup>13</sup> tento

---

<sup>13</sup> Desnaturalizar seria a possibilidade de desconstruir as noções de verdadeiro/falso, certo/errado, bonito/feio, rever o que está definido como normativo e, desse modo, questionar de onde se originou e como essa normatividade não é uma verdade absoluta, e sim algo construído a partir das vivências, algo elaborado por nós em dado momento, em determinada circunstância, criado socialmente, que poderá perder seu significado com a passagem do tempo. (FOUCAULT, 2008)



desconstruir algumas noções de verdadeiro/falso, certo/errado, que balizam o modo como está sendo ofertado o cuidado em saúde. Suspeitar das boas intenções envolve, assim, viabilizar um certo distanciamento que permita atentar aos possíveis atos de cooptação da vida em busca da manutenção da saúde (MACHADO e LAVRADOR, 2009: 516). Desse modo, procuro olhar para algumas histórias de cuidado que vivenciei e que, por algum motivo, deixaram vestígios que hoje me parecem poder evidenciar um processo de medicalização da vida no âmbito da Atenção Básica.

Saliento que esta dissertação não está dividida no tradicional formato de revisão de literatura e capítulos de análise, uma vez que aquilo que chamamos de “vestígios de medicalização”, que são narrativas em forma de cenas, estarão colocados ao longo de todo o texto como material empírico. Estabelecerei relações analíticas entre os conceitos trabalhados e esses materiais empíricos ou noções teóricas, procurando articular, deste modo, o referencial teórico e a discussão de resultados.

Na primeira seção, apresento algumas memórias da minha trajetória de vida formativa e profissional, que possibilitaram que eu me aproximasse da temática da pesquisa. Os recortes temporais que exponho são tentativas de organizar determinados momentos de vida que podem ter contribuído para as minhas inquietações envolvendo o cuidado em saúde. Depois, ainda na primeira parte, explico as paisagens que possibilitaram os encontros e as percepções dos vestígios de medicalização da vida, contextualizando o cenário de pesquisa e descrevendo meu processo de trabalho no Nasf. Ao final dessa primeira seção, apresento os aspectos teóricos-metodológicos, descrevendo a construção dos caminhos da pesquisa e as razões pelas quais a narrativa, ou seja, contar histórias, se constituiu como método para a produção do material empírico.

Na segunda seção, teço aproximações entre a medicalização da vida e o modo de operar da Estratégia de Saúde da Família e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família no contexto da Atenção Básica. Em seguida, aprofundo o olhar sobre a possível medicalização da vida por meio da instauração de

biopolíticas<sup>14</sup> que estão presentes em nosso cotidiano por meio de enunciados<sup>15</sup> que se espraiam pela sociedade e que podem se configurar como facetas do biopoder<sup>16</sup>, que procuro apresentar no terceiro item dessa seção.

Por último, apresento as considerações parciais e provisórias que pretendem apontar, ainda que de modo provisório, minhas considerações finais.

### **1.1 Dos caminhos que me conduziram até a temática da medicalização:**

Pretendo, neste capítulo, descrever alguns aspectos, alguns modos de agir e pensar, do meu percurso formativo e profissional que acredito terem sido potentes o suficiente para que eu os colocasse em xeque e que colaboraram para que eu viesse a realizar uma pesquisa sobre o fenômeno da medicalização.

Por um motivo ou outro, ao revisitar algumas lembranças que julgo importantes para a escolha da temática de pesquisa, tive a possibilidade de perceber nuances e elementos que não havia me dado conta à época do ocorrido. Em vista disso, abro mão de relatar fidedignamente os fatos, mas sigo com a pretensão de (re)examinar alguns momentos que me despertaram o desejo de seguir um processo formativo no mestrado acadêmico em Saúde Coletiva.

---

<sup>14</sup> A biopolítica deve ser vista como uma tecnologia de controle que possui linhas de força que atuam na sociedade visando a regulamentação dos modos de condução da vida. A biopolítica ofertaria a potencialização da saúde, atuando sobre a natalidade, a sexualidade, os hábitos de alimentação, de lazer, etc. Como moeda de troca para a conquista de uma vida saudável, exigiria a adoção dos seus ditames regulamentares. FOUCAULT, (2000:298)

<sup>15</sup> Unidades constituintes de um discurso, suscetíveis de serem isoladas em si mesmas e capazes de entrar em um jogo de relações com outros elementos semelhantes. (FOUCAULT, 2008: 90)

<sup>16</sup> O biopoder seria um poder que se exerce sobre a vida, podendo incidir diretamente sobre a vida de cada pessoa em particular ou por meio de uma ação sobre a vida das pessoas como membros de uma população, compondo, assim, uma espécie de "naturalidade biológica". Visualizamos, assim, por um lado, um poder direcionado à sujeição e à disciplinarização dos corpos (disciplina) e, por outro, o controle das populações, isto é, o poder referido à figura do Estado (biopolítica). (PELLIZARO, 2013:156)

Dessa forma, início comentando algumas marcas que, de modo geral, estiveram presentes ao longo de minha trajetória formativa, na licenciatura em Educação Física, no itinerário pedagógico da pós-graduação no modelo de Residência Integrada Multiprofissional em Saúde (RIS) e, por último, as passagens como integrante da equipe do Nasf.

Atualmente, percebo que o meu processo formativo na graduação estava impregnado por marcas de ditames biomédicos. Recordo algumas práticas pedagógicas que pretendiam subsidiar o graduando no desenvolvimento de suas competências para que atuasse de acordo com os paradigmas alicerçados em um modelo de combate/intervenção a doenças, adotando um modelo de Promoção à Saúde voltado para a manutenção e o fortalecimento das valências físicas e para o controle dos possíveis riscos de adoecimento por intermédio da preconização de hábitos de vida entendidos como saudáveis. A Educação Física, de um modo geral, se posicionou como uma área do conhecimento que pretende estabelecer valores para classificar comportamentos como adequados ou não à saúde (BAGRICHEVSKY<sup>1</sup> et al., 2007: 09).

A educação física postada como uma área na qual ainda viceja um valor significativo de incursões mensurativas para classificar comportamentos 'adequados' e 'impróprios' à saúde, precisa refletir acerca de tal posicionamento. É tarefa urgente questionar com severidade todo o arsenal de discursos e estratégias moralizantes – empregado para 'combater' a obesidade, o sedentarismo, o tabagismo etc. – cujo efeito último (indesejado) acaba sendo a estigmatização do modo de vida das pessoas, sobretudo, nas camadas socioeconômicas mais vulneráveis. (BAGRICHEVSKY<sup>1</sup> et al., 2007 p. 09).

Este argumento formulado por Bagrichevsky (2007) relaciona-se com minha percepção de que as práticas ofertadas durante o período da graduação, por vezes, embasavam os futuros profissionais para que intervissem em aspectos da vida cotidiana como lazer, alimentação, trabalho, sexualidade e sociabilidade. Essa interferência nas mais variadas dimensões da vida remete a certas características de um modelo higienista de cuidado com a saúde.

Nesse sentido, Madel T. Luz (2007:11) destaca que a Educação Física é herdeira de um conjunto de saberes e práticas ligados ao

treinamento/adestramento do corpo, com vistas a aquisição de habilidades, harmonia, beleza e preparo militar. Com o passar do tempo, a prática de Educação Física foi incorporada como disciplina de conhecimento e, assim, obteve acesso às escolas e aos hospitais como meio de introduzir exercícios físicos que visassem tanto ao adestramento dos corpos quanto à sua recuperação/habilitação.

A disseminação das práticas dessa área do conhecimento estaria relacionada com o desejo de habilitar para o trabalho, tornando os corpos produtivos economicamente. Foi a racionalidade biomédica que orientou a ordem discursiva da Educação Física como pertencente à subárea das ciências da saúde. Desse modo, possibilitou que se estabelecesse formas diversas de intervenção sobre as dimensões de vida (CARVALHO, Y., 2006:158).

Isso poderia justificar minha percepção de ter tido uma formação predominantemente orientada por preceitos biomédicos, com a pretensão de adestramento e de utilitarismo do corpo. Ainda hoje, ao analisar minhas próprias práticas, percebo nelas resquícios desse modelo de formação e de suas intencionalidades, uma vez que fui subjetivado por elas.

Logo após a conclusão da graduação, no ano de 2010, ingressei no programa de Residência Integrada em Saúde (RIS) da Escola de Saúde Pública do Rio Grande do Sul (ESP-RS). Essa modalidade de pós-graduação *lato-sensu*<sup>17</sup> possui como premissa uma formação de dois anos vinculada aos serviços da rede pública de saúde. A ênfase voltada para a Saúde Mental da ESP-RS, na época, possuía como principal cenário de prática/formação para os residentes o Hospital Psiquiátrico São Pedro. Assim, durante um período de dois anos, fui conduzido por um itinerário pedagógico prioritariamente vinculado a essa instituição.

---

<sup>17</sup> A Residência Multiprofissional em Saúde e a Residência em área profissional da saúde constituem modalidades de ensino de pós-graduação *lato sensu* sob a forma de curso de especialização caracterizado por ensino em serviço, de responsabilidade conjunta dos setores da educação e da saúde, com carga horária de sessenta horas semanais e duração mínima de dois anos, em regime de dedicação exclusiva. (Portaria interministerial MEC/MS Nº 16, de 22 de dezembro de 2014). Disponível em: [http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao\\_impresao.php?id=12812](http://www.cremesp.org.br/library/modulos/legislacao/versao_impresao.php?id=12812)

Havia diversas contradições entre o que eu vivenciava no cotidiano de formação e o que as leis e diretrizes orientavam como modelo de cuidado no SUS, ou seja, o cuidado em meio aberto, não institucionalizado e psicossocial. Apesar do aparente conflito, os fazeres e saberes do manicômio eram apresentados como a principal possibilidade de aprendizado das ações específicas do núcleo de conhecimento da Educação Física e também do campo de saberes da saúde no âmbito do SUS.

A oferta pedagógica da RIS orbitava em torno da perspectiva do “cuidado em saúde” desenvolvido para o contexto do manicômio, isto é, em um local que já havia sido categorizado por Goffman, em sua obra *Manicômios, prisões e conventos*, como Instituição Total. O Hospital Psiquiátrico São Pedro estaria englobado neste conceito por ser um local de residência para um grande número de indivíduos com situação semelhante, que estão apartados da sociedade por considerável período de tempo e levam uma vida fechada e formalmente administrada (1961:16;17). Desse modo, o principal cenário de prática no percurso formativo da RIS poderia ser compreendido como um instrumento para minimizar as ameaças à comunidade, confinando dentro de seu espaço físico, por meio de barreiras como muros altos, cercas, portas trancadas e grades, pessoas que foram julgadas, a partir de preceitos biomédicos, como incapazes de cuidar de si e que, mesmo sem intencionalidade de produzir algum mal ao outro, são consideradas um risco à sociedade (GOFFMAN 1961:16;17).

Somado às barreiras arquitetônicas visíveis e palpáveis e ao estigma do louco perigoso, ainda percebi que havia um achatamento do espaço subjetivo por meio de cerceamentos dos desejos, pois as pessoas reclusas no hospital eram, de certa forma, privadas de se expressar e existir de modo individual. A instituição valorizava questões relativas à obediência e à uniformização dos comportamentos diante das situações impostas. A subordinação às regras institucionais era compreendida como sinalizadora de melhora em relação à saúde mental.

Aos poucos, comecei a notar que o modo de operar o cuidado em saúde mental estaria, em parte, atrelado à adequação de comportamentos desviantes, que são vistos como moralmente incorretos e, por isso, carentes de disciplinamento. Nesse sentido, parece que se vislumbraria um cuidado à saúde promotor do disciplinamento das condutas, que poderia estar relacionado com a produção de corpos úteis, passíveis de serem analisados e manipulados, com o intuito de docilizar e convocar para a norma (FOUCAULT, 1987: 208).

A tomada de consciência de que instituições destinadas ao cuidado específico da saúde mental poderiam estar fortemente permeadas pelo objetivo de docilização dos corpos e normatização das condutas fez com que eu escolhesse me afastar dos serviços que tratam exclusivamente dessas questões. Desse modo, a opção que se apresentou no momento da conclusão da RIS, em 2012, foi a de seguir o percurso como trabalhador do SUS, na Atenção Básica, ingressando, mediante concurso público, na equipe do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) de Sapucaia do Sul-RS. Assim, tive a possibilidade de desenvolver um processo de trabalho em meio aberto e de âmbito comunitário que, na maioria das vezes, ocorre fora dos espaços físicos das unidades de saúde.

Passei a utilizar recursos da comunidade disponíveis no território de abrangência das ESF, fora do limite físico do serviço de saúde, como as associações de moradores, praças, igrejas, ginásios, entre outros. Desse modo, foi possível ofertar ações de saúde voltadas à realidade local, próximas às áreas de moradia e de circulação das pessoas vinculadas ao território. As atividades de promoção da saúde foram planejadas e implementadas a partir da perspectiva da oferta do cuidado comunitário de base territorial e, por vezes, a partir da demanda dos usuários de saúde.

No entanto, com o decorrer do tempo, algumas ações em saúde começaram a provocar uma reflexão sobre o modo como tais eram desenvolvidas em meu cotidiano de trabalho na Atenção Básica. Em certos momentos, ficava com a impressão de que havia a intencionalidade de

gerenciar as possibilidades de vida das pessoas por meio das práticas de cuidado que estavam sendo propostas como promoção da saúde.

### *Vestígio 1:*

*Tarde de quarta-feira, vamos para a reunião de equipe<sup>18</sup> de uma ESF: eu, professor de Educação Física, e uma colega nutricionista. Em um dado momento, o médico da equipe relata ter percebido que muitas das pessoas que tem atendido acabam recebendo o diagnóstico de diabetes tipo II<sup>19</sup>.*

*A enfermeira da equipe também fala de como é comum que os usuários já diagnosticados tenham como único cuidado a utilização da medicação prescrita, não alterando seus hábitos de alimentação e nem demonstrando disposição para realizar exercícios físicos.*

*Após escutar os relatos dos profissionais, pergunto:*

*- Será que daria para fazer um grupo com essas pessoas?*

*Minha colega completa:*

*- Poderíamos abordar várias temáticas, mostrar que o cuidado vai além de tomar o remédio.*

*A enfermeira de pronto concorda:*

---

<sup>18</sup> O Nasf de Sapucaia do Sul tem como prática corriqueira em seu processo de trabalho participar ao menos mensalmente das reuniões de equipe das UBS. A participação tem como objetivo oferecer apoio técnico para o planejamento das ações de cuidado em saúde, que podem ser individuais e coletivas.

<sup>19</sup> Deficiência relativa de insulina, isto é, há um estado de resistência à ação da insulina, associado a um defeito na sua secreção.



- Acho uma ótima ideia! E se vierem todos que precisariam vai faltar espaço.

Começamos a planejar o grupo voltado à educação em saúde de pessoas com diabetes tipo II. Acordamos que o objetivo seria sensibilizá-las para o autocuidado, ou seja, adoção de uma alimentação rica em alimentos não processados, prática de atividade física junto à UBS (a unidade de saúde já contava com um grupo de alongamento e outro de caminhada), além de orientá-las sobre o uso correto da medicação e quais os sinais e sintomas de que o índice glicêmico está alterado.

Após alguns minutos formulando o modelo e as temáticas para o esse grupo, combinamos a data de início para a semana seguinte.

No primeiro dia, cerca de 10 pessoas se encontram na sala aguardando. Logo nos acomodamos em um círculo formado pelas cadeiras e damos início a uma breve apresentação.

Assim que termina a apresentação, explicamos a metodologia do grupo e os conteúdos que havíamos planejados para os encontros. Então minha colega pergunta:

- Alguém teria alguma sugestão de assunto para além dos que comentei que iríamos tratar aqui no grupo?

As pessoas acenam com a cabeça para dizer que não. Damos sequência ao planejado.

- Pois bem, então vamos conversar um pouco agora sobre alimentação. Quem tem ideia de quais são os alimentos que podemos consumir sempre, quais podemos às vezes e quais devemos evitar?

Perguntinha esperta esta da minha colega. Os participantes começam a interagir, tentando classificar os alimentos.

Após cerca de uma hora, passamos para combinações finais. A enfermeira pergunta:

- Então, todas entenderam quais são os alimentos que devemos comer sempre, quais podemos comer de vez enquanto e quais devemos evitar?

Todas respondem:

- Sim!

Reforçamos o convite para voltarem na próxima semana. Assim que o grupo termina, eu, a enfermeira e a nutricionista realizamos uma breve avaliação do encontro.

Eu falo:

- Acho que elas entenderam bem, participaram bastante do grupo, tiraram várias dúvidas.

A nutricionista:

- Sim, achei ótimo. Também acho que entenderam tudo. Agora é só começarem a comer menos coisas industrializadas.

A enfermeira:

- Muito bom. Agora, com elas aprendendo essas coisas de como se cuidar, entendendo que não é só a medicação, vai ser bem melhor.

De modo geral, estávamos satisfeitos. Um número razoável de pessoas havia comparecido. Também concluímos que as pessoas pareciam ter entendido a importância de alterar seus hábitos alimentares e demonstravam estar dispostas a fazer isso.

Ao retornar para a Secretaria da Saúde, eu e a nutricionista resolvemos passar no 'mercadinho' próximo ao local onde foi realizado o grupo para comprar banana, pois a fome havia apertado e não daria para esperar até a hora do almoço.

Caminhamos poucos metros até chegar ao único estabelecimento que comercializava alimentos do bairro. Era um mercadinho bem simples, mal iluminado, que aproveitava a luz do sol que entrava pela larga porta. Daqueles que as pessoas podem "anotar" suas compras no junto ao caixa para pagar no início do mês seguinte.

Poucos passos para dentro do mercado, chegamos onde estavam localizados os alimentos do hortifrúti. Nesse momento, conseguimos

*perceber e “sentir na pele” algumas dificuldades vividas pelas pessoas na comunidade para o consumo de alimentos não processados.*

*Havia um cheiro desagradável e, ao olharmos para os caixotes onde estavam os produtos, percebemos que havia moscas e vários alimentos com aspecto impróprio para o consumo.*

*Diante da situação, falei:*

*- Não vai dar para pegar a banana aqui. Mas preciso comer alguma coisa.*

*Minha colega me avisa:*

*- Está bem, te espero ali na frente.*

*Esse era o único estabelecimento de alimentos do bairro. O território da ESF fica em uma região afastada do centro da cidade e do comércio. O único modo de ir a outros mercados é com a utilização de transporte público.*

*O território em que estávamos tem como característica marcante a vulnerabilidade social e econômica, pois foi constituído, predominantemente, a partir da remoção de famílias que moravam em outros pontos da cidade, em ocupações não regularizadas. Em decorrência disso, era comum as pessoas não contarem com recurso financeiro para utilizarem o transporte público.*

*Como a fome era grande e demoraríamos para chegar em outro local para comprar alguma fruta, resolvi comprar um pacote de bolacha. Meio ressabiado com aquele estabelecimento, conferi o prazo de validade, paguei e saí.*

*Assim que atravessamos a rua, nos olhamos, e parece que ao mesmo tempo percebemos quão distante poderiam estar da realidade vivida as recomendações dadas durante o grupo.*

*- Tu viste o estado das frutas?*

*- Só deu para comprar o biscoito. Como iria comprar fruta nesse mercadinho?*

A partir de então, percebi que, em algumas situações, orientar/educar/incentivar as pessoas para que sigam as recomendações de autocuidado às vezes pode não ser suficiente para promover a saúde. Indicar a adoção de hábitos saudáveis não basta. Há uma gama de variáveis<sup>20</sup> (renda, acesso a moradia, aspectos culturais, escolaridade, etc.) que interferem nas possibilidades de escolha.

Quanto à alimentação, a alteração de comportamento pode ser difícil ou até mesmo impossível de se concretizar a fim de satisfazer algumas recomendações da área da saúde, principalmente para os extratos da sociedade economicamente e socialmente desfavorecidos, visto que os alimentos minimamente processados apresentam um custo mais elevado que os ultraprocessados. Assim, fatores como renda e escolaridade se sobressaem como condicionantes que podem agravar/proteger a condição de saúde das pessoas (BRASIL, 2015: 22).

No Brasil, dados da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (Vigitel), de 2011, mostram que a prevalência de diabetes autorreferida na população acima de 18 anos aumentou de 5,3% para 5,6%, entre 2006 e 2011. Ao analisar esse dado de acordo com o gênero, apesar do aumento de casos entre os homens, que eram 4,4%, em 2006, e passaram para 5,2%, em 2011, as mulheres apresentaram uma maior proporção da doença, correspondendo a 6% dessa população. Além disso, a pesquisa deixou claro que as ocorrências são mais comuns em pessoas com baixa escolaridade. Os números indicam que 7,5% das pessoas que têm até oito anos de estudo possuem diabetes, contra 3,7% das pessoas com mais de 12 anos de estudo, uma diferença de mais de 50% (BRASIL, 2011). (Apud BRASIL, 2013 pg. 19)

Como visto na citação acima, o aparecimento do diabetes guarda íntima ligação com a escolaridade, e há uma correspondência entre o aumento de anos de estudo e o acréscimo no valor da renda<sup>21</sup>. Isso nos afasta da hipótese de que a alteração dos hábitos de vida seja a melhor forma de preservar a saúde e que os hábitos alimentares e a prática de atividade física se configurem como risco ou proteção para o adoecimento. Assumir hábitos de vida entendidos como saudáveis, por vezes, não se

---

<sup>20</sup> Para maiores informações, consultar o custo da alimentação saudável. (LISBOA, M. 2015), Disponível em: <https://www.fiojovem.fiocruz.br/o-custo-da-comida-saudavel>

<sup>21</sup> Para maiores informações, consultar: O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. (SALVATO; FERREIRA; DUARTE, 2010), disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-41612010000400001>

apresenta como uma escolha de vida viável para certos extratos sociais (BAGRICHEVSKY<sup>2</sup> et al., 2007: 213).

Estar ou manter-se saudável não poderia ser compreendido apenas como uma questão de escolha em nível comportamental. As atividades de educação em saúde que se distanciam minimamente da realidade de vida das pessoas podem servir como instrumento gerador de culpa e angústia, já que deposita a responsabilidade sobre o indivíduo de uma maneira alienada do contexto vivido. Assim, segue-se por uma via que tende a estigmatizar e culpabilizar as pessoas pelos agravos da sua condição de saúde, contribuindo para que se produzam discursos homogeneizantes, geradores de angustia, ansiedade e sofrimento.

Ao que tudo indica, o campo da saúde coletiva tem sido fértil na produção de discursos moralistas sobre modos de vida e na oferta de possibilidades para levar a vida de um jeito mais racional, mais salubre. Em vista disso, a saúde coletiva estaria próxima de um modelo de promoção da saúde orientado para responsabilização individual (CAMPOS, 1997:119) que busca a redução dos gastos com saúde ao entender que boa parte dos problemas estariam vinculados aos comportamentos. Nesse entendimento, não seriam necessárias maiores intervenções governamentais sobre os condicionantes e determinantes de saúde (BUSS,2009:27; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007:226).

Investir prioritariamente em abordagens comportamentais pode favorecer a adoção de uma metodologia reducionista e homogeneizadora por parte dos profissionais de saúde, que acabam trabalhando por meio da transmissão/imposição do que é entendido como saudável (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007:226). Por isso, é necessário estar atento aos limites desse modelo, que, assim, desconsidera as condições socioeconômicas e ambientais de vida e o inevitável crescimento das doenças crônicas degenerativas em decorrência do aumento da população idosa. Dessa maneira, ele não assume que os problemas crônicos de saúde necessitam

intervenções que, em alguns casos, demandam altos custos econômicos e sociais (TRAVERSO-YÉPEZ, 2007:226).

Seguindo adiante, poderia dizer que o exercício de pensar sobre minha prática profissional a partir da releitura de algumas lembranças pode ter servido como condutor da aspiração para produzir essa pesquisa. Recordo-me que, dentre os momentos que revivi e que me provocaram estranhamento, as visitas domiciliares<sup>22</sup> sem dúvida tinham destaque.

As questões que mais me instigavam situavam-se em torno do modo como as visitas domiciliares eram planejadas e pactuadas. Em alguns casos, se decidia sobre a realização do atendimento na moradia da pessoa sem consulta prévia do usuário que seria visitado. Apenas marcávamos uma data de acordo com a disponibilidade dos profissionais de saúde.

Por vezes, percebia que as visitas tinham como objetivo central orientar as famílias sobre temas como alimentação, educação das crianças ou adolescentes, alertar para a importância de realizar exercício físico ou, ainda, conhecer alguma pessoa que estava apresentando um comportamento “estranho”, com o intuito de avaliar se seria uma questão relacionada a saúde mental.

As relações de cuidado estabelecidas com um viés de gestão comportamental poderiam trazer à tona, na Atenção Básica, um modelo de cuidado que, de alguma forma, lembra o que experimentei na prática formativa dentro do manicômio. Elas também são legitimadas por um campo de saberes e práticas que permitiria promover a normatização das condutas e a docilização dos corpos.

---

<sup>22</sup> A visita domiciliar é um recurso de cuidado e acompanhamento utilizado pelo serviço de saúde e geralmente é realizada pelo ou em conjunto com o ACS. A utilização desse recurso propiciaria: conhecer os principais problemas de saúde dos moradores da comunidade, perceber quais as orientações que as pessoas mais precisam ter para cuidar melhor da sua saúde e melhorar sua qualidade de vida, ajudar as pessoas a refletir sobre os hábitos prejudiciais à saúde, identificar as famílias que necessitam de acompanhamento mais frequente ou especial, ensinar medidas de prevenção de doenças e promoção à saúde, como os cuidados de higiene com o corpo, com o preparo dos alimentos, com a água de beber e com a casa, incluindo o seu entorno, etc. (BRASIL, 2009A:46)



Na Atenção Básica, a gestão comportamental não ficaria delimitada ao espaço da instituição, permearia a dimensão da vida desinstitucionalizada, visto que existe a possibilidade de intervir nos espaços da comunidade para promover ações de saúde, além de reunir condições para entrar nos lares das famílias de sua área adstrita.

## **Vestígio 2:**

*Certa vez, cheguei em uma ESF para participar do grupo de caminhada. Ao chegar, a ACS pergunta se eu poderia fazer uma visita domiciliar assim que o grupo terminasse.*

*- Sim, vamos lá depois do grupo. É longe? - pergunto.*

*- Não, é aqui pertinho.*

*- Qual é a ideia da visita?*

*- A dona Luiza veio aqui ontem dizer que o médico, lá de Porto Alegre, pediu para que a mãe dela começasse a caminhar. Mas não tem jeito da dona Augusta fazer caminhada, então a dona Luiza pediu para eu ir lá falar com a mãe dela, achei que poderia te levar junto. O que tu achas?*

*- É só para convidar? Está bem, vamos ali depois.*

*- Sim, só convidar. Parece que a dona Augusta é “meio rebelde”.*

*- Não tem problema, vamos ali depois convidar.*

*Logo que encerra o grupo de caminhada que acontece no ginásio da escola próxima a unidade de saúde, eu e a ACS nos dirigimos até a casa da dona Luiza para convidar dona Augusta, “a senhorinha rebelde”, para vir ao grupo de caminhada.*

*Logo ao chegar na frente da residência, avisto uma senhora, já de idade bem avançada, sentada em uma poltrona palha, aproveitando a sombra de uma árvore, olhando o movimento na rua. Era uma tarde quente.*

*A ACS já vai falando:*

*- Oi, dona Augusta. Que bom que a senhora está aqui na frente. Viemos mesmo conversar com a senhora. Trouxe o professor de educação física comigo. Ele que vai falar com a senhora.*

*Aproveitando a deixa, me apresento:*

*- Oi, tudo bem com a senhora? Eu sou o Alpheu, muito prazer.*

*Receptiva a dona Augusta responde:*

*- Oi, tudo bem! Luiza, pega cadeira aqui para o pessoal do “postinho”.*

*Assim que sentamos pergunto:*

*- Como a senhora está?*

*- Muito bem!*

*- Que bom! Dona Augusta, desculpa a indelicadeza, mas quantos anos a senhora está?*

- *Noventa e oito anos e muito bem de saúde, logo vou chegar aos cem.*

- *Que maravilha! Mas me fala uma coisa, estou sabendo que o médico pediu para a senhora começar a fazer caminhada. O que a senhora acha disso?*

- *Não gosto!*

- *Então me diz, do que a senhora gosta?*

- *Gosto de ficar sentada e tomar uma cervejinha preta, mas só de vez em quando.*

O fato de não ter ficado evidente o motivo pelo qual o médico solicitou que dona Augusta praticasse caminhada, pela falta de maiores informações a respeito, me fez aproximar essa experiência das minhas percepções corriqueiras. Há uma excessiva preocupação em solucionar ou prevenir problemas de saúde, e parece que o objetivo de evitar o aparecimento de doenças conseguiria justificar, cada vez mais, a imposição de certos padrões, comportamentos e valores sociais a serem adotados indiscriminadamente para manter a saúde e encompridar a vida.

O meu entendimento sobre a cena envolve a percepção de um contexto, no qual estou inserido, que remete à presença de elementos do discurso da vida ativa<sup>23</sup>. Tal discurso tem permeado o modo de operar o cuidado à saúde, pois emaranhou-se aos significados biomédicos de bem-estar e qualidade de vida (FRAGA, 2006:40). Assim, aqui, o comportamento seria o fator perigoso, já que há uma resistência em adotar a prática de atividade física e, ainda, o consumo de bebida alcoólica. Seria, então, necessário alterar este comportamento, pois não condiz com um modelo de vida que pretende evitar fatores de risco.

A pessoa que resiste à adoção dos preceitos de cuidado com a saúde passa a ser vista como seu próprio algoz, pois resistiu em aderir às práticas físicas, deixando o caminho livre para o aparecimento das doenças. Tal perspectiva está tão impregnada em nosso modo de pensar que, por vezes, causa espanto quando, por exemplo, alguém que praticava exercício regularmente e assumia para si um modo de vida condizente com os ditames da promoção da saúde é acometido por uma doença cardiovascular (PALMA; ESTEVÃO; BARGRICHEVSKY, 2003:20).

Movido pelo desejo de ampliar o meu espectro de entendimento sobre as ações em saúde que faziam parte do meu processo de trabalho, passo a frequentar como ouvinte a Unidade de Produção Pedagógica (UPP), no

---

<sup>23</sup> A noção de vida ativa está fixada junto às ciências que lidam com o corpo, emaranhada pelos discursos biomédicos. Foi desse modo que atribuí significados à prática de exercitação física, bem-estar e qualidade de vida. O discurso da vida ativa absorveria, articulária e subordinaria os pressupostos científicos e sanitários relacionados ao campo da atividade física e saúde. (FRAGA, 2006:43)

curso “Novas e antigas capturas: em tempos de medicalização da sociedade”, ofertado no mestrado acadêmico em saúde coletiva do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (PPGCol) vinculado à Escola de Enfermagem da UFRGS. A disciplina foi ministrada pelo professor Dr. José Geraldo S. Damico, no segundo semestre letivo de 2014.

Durante esse curso, pude ter acesso a discussões e reflexões acerca da temática do processo de medicalização e sobre o modo como esse fenômeno agrega condições para estar presente na sociedade. Com isso, aos poucos, a ideia de que as práticas de saúde que regem as condutas e balizam os comportamentos estariam limitadas aos serviços especializados em saúde mental gradualmente se dissolveu. Fui percebendo a necessidade de realizar uma pesquisa em nível de mestrado acadêmico que pudesse problematizar o modo como se reuniram as condições para que fossem constituídos os espaços de atenção à saúde, ocupados por uma variada gama de serviços e profissionais, principalmente no que se refere à promoção da saúde na Atenção Básica.

Como atuo nesse âmbito de cuidado, a intenção foi afastar-me um pouco do contexto experienciado no cotidiano de trabalhador do Nasf de Sapucaia do Sul para, de algum modo, conseguir visualizar de maneira crítica como se constituíram os construtos de verdade instituídos em torno dos cuidados de saúde disponibilizados na rede básica, por intermédio das ESF e dos Nasf, que podem conter traços do processo de medicalização da vida. Esse afastamento teve como objetivo reunir condições que possibilitassem, por meio da produção de uma pesquisa, que me desfamiliarizasse dos modos de cuidados ofertados na rede básica de saúde a fim de perceber como se apresentam os processos que possivelmente (re)produzem o fenômeno de medicalização, principalmente aqueles que envolvem agenciamento das possibilidades de viver, que podem estar entranhados no contexto histórico atual no âmbito da saúde, para, assim, conseguir problematizá-los.

Após esse relato de elementos da minha trajetória formativa e profissional, contarei, no capítulo a seguir, sobre o contexto de atuação profissional que propiciou os encontros e produziu os vestígios.

## **1.2 As paisagens que possibilitaram os encontros e as percepções dos vestígios de medicalização da vida**

O cenário no qual venho atuando e experimentando os encontros e acontecimentos de cuidado é composto pelos serviços da rede de saúde do município de Sapucaia do Sul,<sup>24</sup> situado na região metropolitana de Porto Alegre, Rio Grande do Sul, emancipou-se em 1961 e atualmente com cerca de 140 mil habitantes. Sua economia está baseada nos setores de siderurgia, metalurgia, bebidas, fios têxteis, refrigeração, construção civil e artefatos em couro.

Para dar uma ideia geral da situação da população em Sapucaia do Sul, recorro a alguns dados como o Índice de Desenvolvimento Humano Municipal (IDH)<sup>25</sup>, que expressa, por meio da quantificação de zero (0) a um (1), as condições de vida da população. O IDH avalia elementos como renda, educação e saúde. A cidade de Sapucaia do Sul apresenta um IDH de 0,726, próximo ao verificado no Brasil, que é de 0,75.

Outro índice em que Sapucaia do Sul apresenta desempenho satisfatório é a taxa de mortalidade infantil (11,9 por mil nascidos vivos), visto que a meta estabelecida para o Brasil é de até 17,9 por mil nascidos vivos. Em relação às condições de renda da população, observa-se diminuição do percentual de pessoas que vivem em condição de extrema

---

<sup>24</sup>Segundo informações do site da Prefeitura municipal de Sapucaia do Sul, consultado em 05/10/2016. <http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/perfil/>

<sup>25</sup> Quanto mais o valor expressado pelo IDH se aproxima de um (1,0), melhores serão as condições de vida da população segundo os critérios avaliados. O IDH, de acordo com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, trata-se de um índice que possibilitaria visualizar o bem-estar de uma sociedade, sendo capaz de ir além das avaliações na perspectiva do crescimento econômico. (<Http://www.br.undp.org/content/brazil/pt/home/idh0.html>)

pobreza nas últimas três décadas, passando de 5% em 1981 para 1,27% da população em 2015<sup>26</sup>.

Quanto à rede municipal de serviços de saúde, observamos que atualmente é composta por 23 Unidades Básicas de Saúde e, destas, 19 são de Estratégia de Saúde da Família. Além dos serviços de atenção primária do município, a rede de saúde conta com os Centros de Atenção Psicossocial (II, álcool e drogas, infantil), o Ambulatório de Infectologia, a Clínica de Saúde da Mulher, o Ambulatório de Especialidades e o Hospital<sup>27</sup>.

Apesar da cidade contar com uma rede de Atenção Básica composta por 23 equipes de Atenção Básica, o Nasf, por imposição da legislação<sup>28</sup>, está vinculado a nove equipes de ESF. Portanto, o cenário principal das vivências que tenho como trabalhador de saúde ocorrem nos territórios adstritos desses serviços.

O Nasf de Sapucaia do Sul é referente à modalidade 1<sup>29</sup>, composto por profissionais com graduação em Educação Física, Fisioterapia, Psicologia, Nutrição, Terapia Ocupacional e Serviço Social. A especificidade da minha formação profissional (Educação Física), no meu entendimento, propicia que eu esteja atento a espaços, nas áreas de abrangência, que possam ser utilizados para a realização de práticas corporais coletivas<sup>30</sup>.

O uso desses espaços configura uma alternativa para superar as barreiras arquitetônicas impostas pela conformação do espaço físico das Unidades de Saúde. As edificações dos serviços das UBS onde atuo não dispõem de salas ou espaços com estrutura que possibilite e comporte a realização de grupos em que haja realização de movimentos corporais. Assim, posso dizer que um segmento grande das minhas práticas profissionais não “cabem” dentro dos limites/estruturas físicas das ESF.

---

<sup>26</sup> Segundo informações do site da Prefeitura municipal de Sapucaia do Sul, consultado em 05/10/2016. <http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/perfil/>

<sup>27</sup> Segundo informações do site da Prefeitura municipal de Sapucaia do Sul, consultado em 05/10/2016 <http://www.sapucaiaodosul.rs.gov.br/secretaria-municipal-de-saude/>

<sup>28</sup> Portaria nº 3124 de 28 de dezembro de 2012

<sup>29</sup> Vinculado, no mínimo, a cinco e, no máximo, a nove equipes básicas de saúde, com o somatório mínimo das jornadas de trabalho dos profissionais de 200 horas semanais. (BRASIL, 2014)

<sup>30</sup> Grupos de alongamento, de Práticas Corporais, de caminhada, de Atividades rítmicas e de jogos.



Desse modo, muitas vezes o meu processo de trabalho ocorre mais em lugares não caracterizados como de saúde, como salões de igreja, associações de bairro, ginásios de escola e pelas ruas, do que dentro das Unidades de Saúde.

Atuar no Nasf, peregrinando pelos territórios, carrega certa característica nômade, exige que sejam realizados deslocamentos constantes, que vão da Secretaria Municipal de Saúde (SMS) para uma Unidade de Saúde ou um espaço em seu território utilizado para a atividade coletiva. Movimentar-se por esses locais nem sempre é tarefa fácil, pois é necessário percorrer as distâncias e conviver com os imprevistos, as dificuldades e/ou as “faltas” que, de quando em quando, estão na rotina de trabalho. Assim, exige-se do trabalhador de saúde pública que possua a alma do SUS, que consiga dar conta de algumas circunstâncias e contingências (BILIBIO, 2009:56).

Como exemplo dos entraves cotidianos, lembro-me do período de maio de 2013 até aproximadamente setembro de 2016, quando a SMS ficou sem condições de ofertar o transporte para os profissionais do Nasf. Cada servidor, então, tratou de bancar seu deslocamento, podendo manter sua jornada diária de trabalho em apenas uma Unidade de Saúde ou se deslocar com seus próprios recursos de um local para o outro. Essa situação exigiu esforços de âmbito pessoal e individual para que se seguisse o processo de trabalho do Nasf. A metodologia de trabalho estava organizada de modo que as atividades realizadas em conjunto com as equipes de ESF fossem previamente planejadas nas reuniões de equipe, o que requeria estar de corpo e alma nesses espaços.

Essas reuniões serviam como espaços privilegiados para a discussão de caso, a pactuação de atendimento compartilhado, a elaboração de Projetos Terapêuticos Singulares (PTS), a discussão dos aspectos de organização da equipe de saúde, a educação permanente em saúde, etc. A grande maioria das demandas de saúde da área adstrita é acolhida pela equipe da ESF sem a necessidade da participação do Nasf. A discussão de

caso, o atendimento compartilhado e a elaboração de PTS em conjunto com a equipe do Nasf ocorriam em situações mais complexas (BRASIL, 2014:18). Desse modo, parecia ser imprescindível seguir com os deslocamentos, mesmo que bancados por nós trabalhadores, do que ficar apenas em uma unidade de saúde durante o dia de trabalho.

A partir disso, iniciei os deslocamentos entre os territórios das Unidades de Saúde utilizando uma bicicleta. Escolhi esse meio de transporte por já ser adepto dessa prática e por entender que seria viável, visto que a maior distância a ser percorrida seria de 5 quilômetros, ou seja uns 15 minutos de pedalada em um “ritmo confortável”. Imprevisivelmente, pedalar pelas ruas de Sapucaia do Sul mudou a minha relação com a cidade. Os deslocamentos em carro, partindo da Secretária Municipal de Saúde, guiados por um motorista, não permitiam que eu me familiarizasse com a cidade. A bicicleta permitia que eu avistasse paisagens e cenas do cotidiano, além de encontrar, despreziosamente, pessoas que antes só tinha tido contato nas Unidades de Saúde, em meio às suas e as minhas idas e vindas do dia a dia.

Circular pela cidade no percurso entre uma unidade de ESF e outra, aos poucos, parece que foi removendo um certo rótulo de “estrangeiro<sup>32</sup>”. Passei a perceber que, com o decorrer do tempo, as muitas explicações que eram necessárias para que eu entendesse os contextos locais dos usuários e/ou equipes de ESF foram sendo substituídos pelas minhas sensações e impressões sobre os territórios das áreas de abrangência. As explicações, aos poucos, viraram trocas de experiências sobre certas localidades/contextos.

Com o passar do tempo, consegui perceber algumas coisas que parecem fazer mais sentido quando vividas no dia a dia: a rua que enche de água quando chove, a que serve de moradia para as pessoas que estão em situação de rua, a outra que é utilizada para o comércio de material

---

<sup>32</sup> Que não pertence ou que se considera como não pertencente a uma região, classe ou meio; forasteiro, ádvana, estranho. [https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=estrangeiro&\\*](https://www.google.com.br/webhp?sourceid=chrome-instant&ion=1&espv=2&ie=UTF-8#q=estrangeiro&*.). Consultado em 28 de fevereiro de 2017.

reciclado, os locais que às vezes não dá para passar, os terrenos que estavam baldios e, aos poucos, foram ocupados por dezenas de famílias, alguns pontos de encontro populares na cidade, a figueira que serve de abrigo do sol para as crianças que aguardam o início da aula de futebol, a escadaria que não é muito aconselhável descer ou subir por ser local de comércio de substâncias psicoativas... Assim, aos poucos, os trajetos percorridos diariamente foram se apresentando com cores, odores e sons.

Também passei a ter uma noção melhor das distâncias entre as Unidades de Saúde e outros pontos da rede de cuidado, como a Farmácia Municipal, os laboratórios para realização de exames, os CAPS, e outros recursos da rede de saúde, assistência social, educação e justiça. Percepções que, ao andar de carro, não havia conseguido construir. Além disso, por se tratar de um município que “preserva ares de cidade pequena”, cada cruzada de olhar gerava uma saudação e, aos poucos, parece que fui me integrando melhor à realidade local e sendo acolhido a cada “bom dia”, “boa tarde” e “acho que já vi o professor passando por tal lugar”.

Nesse sentido, atuar como um profissional de saúde que está no território talvez propicie que eu experimente uma Sapucaia que não poderia ser descrita apenas pelos dados de localização geográfica e seus números e índices sociais e econômicos. Ao lembrar dos territórios e das rotas percorridas diariamente, me vêm à mente imagens dos encontros e desencontros, de algumas paisagens e personagens populares. Pude perceber a potência que existe para a produção de saúde fora dos espaços delimitados pela estrutura física das Unidades de Saúde (CARROZZO, 1997:11; ALVARENGA, C. e PARAVIDINI, J.L.L, 2008:175).

Nesse momento, parece que as possibilidades se ampliaram. Percebi que, às vezes, estava mais vulnerável a situações que me desafiavam como profissional de saúde por constatar que não tinha elementos técnicos e teóricos suficientes para lidar com os encontros que podiam acontecer nos territórios da cidade – situações que provavelmente não aconteceriam dentro de uma Unidade de Saúde, mas que ocorriam nas ruas, nas praças, nas

estações de trem, nos bares, nas lojas, nos salões de igrejas, nos ginásios de escolas, nas casas das pessoas, etc. Assim, o encontro em saúde poderia ser pensado como um espaço-dispositivo que estaria pautado em implicações ético-estético-políticas, nas quais se poderia propor um exercício de alteridade para pensar a vida (DAMICO e BILIBIO, 2015:79-82).

A partir disso, a pista do caminho a ser seguido seria a do trabalho vivo em saúde vinculado à experimentação e à sensibilidade do trabalhador na relação com o usuário. Nesse sentido, haveria uma oportunidade de deixar de lado valores de verdade para, então, sentir a vida por meio de outras perspectivas, o que talvez propiciaria a afirmação de processos coletivos, múltiplos e heterogêneos que transversalizassem cada existência. Assim, quem sabe, seria possível estabelecer uma dimensão cuidadora que valorizasse o modo como o usuário representa e constrói suas necessidades de saúde, incluindo seus saberes e práticas, sua visão de mundo.

### ***Vestígio 3:***

*Início da tarde: pego a bicicleta e começo a pedalar em direção à praça central de Sapucaia. Pedalada tranquila, da Secretária de Saúde até o centro, e praticamente só descida. Em poucos minutos, estou na passarela da estação do trem. Fico atento às pessoas; havia combinado de encontrar o Emerson nos arredores da lojinha de pão de queijo.*

*Logo nos encontramos e, então, descemos a passarela, que está muito movimentada. Não conseguimos conversar; temos que prestar atenção no caminho para evitar esbarrar nas outras pessoas. Em dois ou três minutos, já estamos na praça central de Sapucaia do Sul.*

*Acompanho o Emerson há aproximadamente cinco anos, na modalidade de acompanhamento terapêutico<sup>33</sup>. Passei a atendê-lo após sua mãe procurar uma enfermeira da ESf pedindo atendimento para o filho. Na ocasião, a enfermeira da equipe acolheu a mãe e, após o primeiro atendimento, compartilhou o caso com a equipe do Nasf em uma reunião.*

*Pelo que recorde, o motivo da solicitação de ajuda era o rapaz estar a aproximadamente quatro anos sem sair de casa e por volta de*

---

<sup>33</sup> O acompanhamento terapêutico requer incursões por fora, a céu aberto. Pode ser compreendido como uma modalidade de cuidado em saúde mental que se dá entre lugares, entre o serviço e a rua, entre o quarto e a sala, fora de lugar. Trata-se de uma metodologia de cuidado que coloca em jogo a desinstitucionalização da clínica e exige a invenção de novas frentes de trabalho e de formas inusitadas de ação. (PALOMBINI, 2006:117).

*um ano e meio passando a maior parte do tempo dentro de seu quarto, com restrição para manter uma interação familiar.*

*A mãe contava que o rapaz passava o dia dormindo e só saía do quarto à noite, quando o restante da família estava dormindo. Negava-se, inclusive, a realizar as refeições junto dos familiares.*

*Dizia a mãe:*

*- O Emerson parece um vampiro, não pode com a luz do sol. Ele não se dá conta que precisa de ajuda. Esses dias, fui falar com ele que viria o médico e a psicóloga aqui em casa, e ele ficou muito brabo. Disse que estava bem da cabeça, que não queria e não iria falar com eles. Que não saia de casa porque as pernas doíam.*

*Como o Emerson não percebia a necessidade de cuidado em saúde mental, negava-se a receber o médico, a enfermeira, a psicóloga ou outro profissional que relacionasse com essa modalidade de cuidado. Os profissionais da ESF e Nasf, então, perceberam na queixa de dores nas pernas uma possibilidade de iniciar os atendimentos.*

*Em uma reunião de equipe do Nasf, planejou-se minha aproximação para o cuidado. A ideia inicial era construir um vínculo por meio da oferta de alguns exercícios que pudessem atenuar as dores que o impediam de caminhar, pois parecia ser sua única demanda de saúde. A*

*estratégia deu certo, e passei a frequentar sua casa com o pretexto de realizar exercícios para que suas dores diminuíssem.*

*Inicialmente, os atendimentos aconteciam na cozinha da casa. Com o decorrer do tempo, passaram a acontecer na sala; depois, no pátio que havia atrás da casa, e então no pátio da frente. Passando-se alguns meses, quase um ano, foi possível caminhar em frente à residência. Nos últimos tempos, passamos a percorrer lugares de seu interesse na cidade.*

*No transcorrer dos atendimentos, algumas parcerias importantes de cuidado foram estabelecidas. Uma delas foi a vinculação ao CAPS, onde Emerson passou a receber atendimentos quinzenais. O compartilhamento do cuidado ente os profissionais da ESF, do Nasf e do CAPS já ocorre há cerca de 3 anos.*

*Ao chegarmos à praça, escolhemos um banco e sentamos para conversar:*

*- E aí, cara, como é que tu estás? Fiquei sabendo que tu tens ido ao CAPS.*

*- Estou bem. Aliás, muito bem.*

*- Bah, que coisa boa!*

- Sim, muito bom. Acho que agora não preciso mais ir ao CAPS.

*Estou bem.*

- Será? Olha só, tu não estás te sentindo melhor?

- Estou, sim.

- Então, é sinal que está te ajudando ir ao CAPS. Acho que tu deverias seguir mais um tempo com os atendimentos lá. Tu não achas?

- Não!

- Mas então me explica por que não.

- Eu não tenho mais que ir ao CAPS. Eu estou bem. Agora eu tenho é que ir para a vida!



Após escutar, com muita surpresa, o pedido do Emerson de deixa-lo ir para a vida, algumas questões se apresentaram. Por exemplo: estaríamos (ESF, Nasf e CAPS) o impedindo? Estaríamos promovendo possibilidades de vida limitadas ao “circuito da saúde” sem perceber? De que vida ele falava? Por onde, quando e com quem gostaria de estar? Será que nossa tarefa já havia sido cumprida e estávamos postergando o encerramento dos atendimentos? Não sei se em algum momento poderei responder essas questões. Talvez nem precise elaborar uma resposta, se entendê-las como perguntas retóricas. Assim, serviriam para produzir processos de reflexão que poderiam ser valiosos para pensar/propor/fazer os processos de cuidado.

Ao problematizar o acontecimento, parece que, em algum âmbito, poderia estar, de fato, reproduzindo um modelo de cuidado que não deixava Emerson “ir para a vida”. Talvez ainda houvesse a presença forte de estratégias de uma sociedade disciplinar, que outrora confinava em instituições e que atualmente se diluiu, espalhando-se por cada um de nós. Desse modo, constituíram-se outras práticas de disciplinamento – agora reformuladas, modernizadas e arreigadas em outras ordens discursivas – para aqueles que, em tempos passados, poderiam ser os internos das instituições. Ou seja, não há mais os muros, as grades, as portas, mas, ao que tudo indica, ainda se formam circuitos fechados (a casa, a praça, o CAPS, a ESF, etc.) que não são capazes de estabelecer fluxos de vida *com* a cidade, mesmo acontecendo *na* cidade (FONSECA e colaboradores, 2008:39).

Ainda que a ação de cuidado esteja tomada por boas intenções de promover a vida, parece ser importante perceber que uma “boa ação” de cuidado não está necessariamente vinculada a uma “boa intenção” de cuidado. Uma boa ação permitiria um distanciamento que viabilizaria uma avaliação para nos alertar quanto aos riscos da paixão pelo poder, do agenciamento da vida em busca da manutenção da saúde (MACHADO e LAVRADOR, 2009: 516). A boa ação seria capaz de produzir um afastamento daquele que está no papel de cuidador para que conseguisse

perceber que a principal tarefa deve ser a de facilitar os escapes para a vida, provocar no outro a vontade de cuidar de si a partir da expansão e intensificação das relações sociais, ter na assunção de seu cuidado um exercício ético, uma prática social.

Um modo de se promover a vida pode ser oportunizar a ocorrência de encontros que permitam o estabelecimento de uma qualidade relacional para transformar os modos de pensar/propor/fazer saúde. A partir disso, talvez seja possível que o ato de cuidado seja uma ação profissional detentora de uma consciência crítica, que se formulem práticas de cuidado que valorizem e respeitem as pessoas no que tange às singularidades que compõem sua existência, deixando em segundo plano as lógicas hegemônicas, arraigadas em procedimentos padronizados e incrustadas nas ações de promoção da saúde (DAMICO e BILIBIO, 2015:79-82). O encontro, assim, seria um espaço para a produção do cuidado por meio de um trabalho vivo em ato, que agregasse a intersubjetividade dos envolvidos, possibilitando, no ato de cuidado, que exercessem o limite de sua capacidade criativa para a resolução dos problemas de saúde (MERHY, 2002).

O desafio cotidiano seria, portanto, no sentido de praticar um cuidado no qual os usuários e os trabalhadores pudessem inventar possibilidades de vida que escapassem ao padecimento e à sujeição (MACHADO E LAVRADOR, 2009:517). Desse modo, o exercício ético e político que envolveria o cuidado não seria experimentado como algo externo, arraigado apenas nas políticas públicas de saúde, mas como uma prática de governo de si, compreendida como uma possibilidade de manifestar e transmitir seus pensamentos, mostrando que são verdadeiros, orgânicos na constituição dos sujeitos. A ideia seria conseguir livremente colocar em prática aquilo que se pensa, podendo falar e viver fora das normas recomendadas (FOUCAULT, 2004:490).

Se os dispositivos propostos para reinventar as relações não forem instrumentos experimentados no prisma do governo de si, mas vistos como algo externo, presumivelmente despotencializarão tecnologias que permitem

reinventar as relações de cuidado como, por exemplo, a Clínica Ampliada. Assim, sem conseguir se contrapor às práticas hegemônicas, esses dispositivos se tornam instrumentos para cooptar, capturar, viram coisa do governo, de governamentalidade<sup>34</sup>, um conjunto de técnicas que pretende a dominação do outro. Desse modo, os encontros entre trabalhadores e usuários não produzem abalos nas certezas, não provocam pensamentos contraditórios, não desnudam a necessidade de reinvenção das percepções de mundo. Mesmo quando regidos por normativas<sup>35</sup> que pretendem a transformação do modelo de cuidado, os encontros podem acabar ocorrendo sem porosidade para transformar as práticas de cuidado que se negam a ser “tocadas” (MACHADO E LAVRADOR, 2009:517).

A manutenção do modelo asséptico de cuidado à saúde, que não se deixa “tocar” ou “sujar” no encontro e que percebe o cuidado como unilateral, pode assumir novas roupagens a fim de manter o desequilíbrio no jogo de forças, pendendo ainda para o lado de quem detém o conhecimento para cuidar de quem está ali para receber o cuidado. Dito isso, gostaria de ressaltar que operar a partir das ferramentas da Política Nacional de Humanização do SUS – como faz a Clínica Ampliada, a Equipe de Referência e o Projeto Terapêutico Singular –, por si só, não cria, não estabelece, não garante que haja transformação dos jeitos de se pensar/propor/fazer saúde. Há de se manter um olhar crítico, “deixar um pé sempre atrás”, pois existe a eminência da captura, de se transportar práticas apoiadas no modelo hegemônico e seus procedimentos padronizados inclusive para os encontros de cuidado que acontecem fora do ambiente da unidade de saúde.

Colocar e manter o “pé atrás”, nesta pesquisa, diz respeito ao exercício de procurar, nas narrativas dos encontros vividos, vestígios que possam ser valiosos para, quem sabe, trazer à tona algumas relações oriundas do cuidado em saúde que podem se aproximar da vontade de gestão biopolítica

---

<sup>34</sup> O conjunto constituído pelas instituições, pelos procedimentos, pelas análises, pelas reflexões, pelos cálculos e pelas táticas que permitem exercer esta forma específica e complexa de poder que tem por alvo a população. (VEIGA-NETO, 2002:24)

<sup>35</sup> A exemplo a Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2004; 2007; 2009)

dos corpos. Trata-se de desnaturalizar algumas ações que, em última análise, pretenderiam a promoção da saúde, a fim de desconstruir algumas noções de verdadeiro/falso e certo/errado no modo como está sendo ofertado o cuidado em saúde, lançando o olhar sobre os possíveis processos de medicalização da vida. Assim, talvez seja possível traçar, de alguma forma, rotas outras de cuidado que possam resistir à incursão da medicalização sobre a vida.

Na próxima seção, apresento os aspectos teórico-metodológicos. Descrevo o modo como as narrativas de certas situações que parecem ter ocorrido ao acaso mostraram-se potentes para problematizar os vestígios do processo de medicalização da vida no âmbito da Atenção Básica.

### **1.3 Aspectos teórico-metodológicos**

#### **1.3.1 Construção dos caminhos da pesquisa**

A maneira como passei a pedalar por Sapucaia do Sul, entre uma unidade de saúde e outra, ao longo do tempo, parece que foi fornecendo pistas sobre como deveria produzir, organizar e explorar o material empírico desta pesquisa de mestrado. Embora pareça, à primeira vista, inusitado o modo como, aos poucos, se constituiu a escolha dos caminhos metodológicos, nos próximos parágrafos explicarei como a confecção desta pesquisa acabou se relacionando com essas idas e vindas de bicicleta.

Recordo-me que percorria trajetos não memorizados entre as unidades de saúde, mantendo o olhar atento, em busca das pistas que indicariam o caminho a seguir, dos pontos de referência. No entanto, por mais atento que me mantivesse, inúmeras vezes me perdi, e acabei pedalando mais do que o necessário, por caminhos mais longos, com ladeiras mais inclinadas. Assim, ficava diante de caminhos irreconhecíveis, perdia o senso de direção. Para voltar ao rumo, invariavelmente foi necessário buscar orientação, pedir ajuda para alguém que parecesse estar familiarizado com o território, que

pudesse apontar para onde seguir, até conseguir retomar o curso na rota certa. Sair do caminho constantemente provocava alguns contratempos, mas, na impossibilidade de evitá-los, o jeito era aprender a lidar. Passei a combinar que poderia atrasar, mas que iria chegar.

A ação de ir, chegar e voltar repetidamente, aos poucos, foi tornando o caminho familiar, sem tantas novidades, sem tantas inseguranças. Assim, a percepção sobre os elementos que compunham as paisagens dos caminhos foram diminuindo, até que não havia mais o que olhar: era apenas sair de um ponto para chegar ao outro. Pedalar assim era chato e custoso, por isso resolvi percorrer rotas diferentes ou, na impossibilidade de alterar o trajeto, tentar aguçar o olhar para enxergar nos caminhos habituais o que não havia observado ainda. Passei a realizar um exercício constante de buscar novidades.

Deslocando para a realidade de elaboração desta pesquisa, procurando tecer algumas aproximações, posso dizer que o olhar aguçado que outrora procurou novos elementos da paisagem agora se direciona para os cenários experimentados de cuidado, em busca de rastros do processo de medicalização. Para isso, refiz os caminhos. Por meio das narrativas, revisei as experiências de cuidado, compreendendo que significar e ressignificar o que perceberia, neste momento, relaciona-se com o que já vivi e o que pretendo viver em um dado momento.

Foi necessário olhar para o velho com cara de novidade. Buscar nos elementos que compunham a paisagem das experiências de cuidado as possíveis capacidades de transmutação. Desse modo, conto as histórias e as aproximo de algumas noções teórico-conceituais para, quem sabe, conseguir perceber os domínios exercidos por meio das relações de poder/saber das disciplinas da saúde e os modos como estas estão incrustadas no modo de operar a promoção da saúde, visando à gestão biopolítica do corpo social.

As narrativas apresentadas na forma de “vestígios de medicalização” são histórias de cuidados que porventura se mostraram potentes para tecer

algumas aproximações com as noções que compõem esta dissertação e para problematizar os o processo de medicalização da vida no âmbito da Atenção Básica. O que chamo de “vestígios de medicalização” serão apresentados ao longo da dissertação como material empírico, estabelecendo relações analíticas entre eles e os conceitos trabalhados ou noções teóricas, procurando articular, deste modo, o referencial teórico e a discussão de resultados.

Foi um exercício árduo para reunir fragmentos dispersos nas dimensões do dizer, pensar e ser, na tentativa de colocar em ordem a matéria viva. É por essa via que pretendo produzir o afastamento necessário para problematizar, desnaturalizar, desconstruir as noções de verdadeiro/falso, certo/errado, bonito/feio que permeiam a constituição das paisagens de cuidado.

### **1.3.2 A escolha por contar histórias**

As narrativas permeiam a vida, em diferentes instâncias e lugares, compondo a espessura do viver. Desse modo, são possibilidades de organizar as reflexões e interpretações por meio do agenciamento de elementos que são potentes para problematizar certas construções sociais, como as cosmologias e os sistemas explicativos de ordem científica, espiritual, filosófica, etc. (CASTELLANOS, 2013: 1066).

A narrativa provoca mudanças na forma como as pessoas compreendem a si próprias e aos outros. Tomando-se distância do momento de sua produção, é possível, ao "ouvir" a si mesmo ou ao "ler" seu escrito, que o produtor da narrativa seja capaz, inclusive, de ir teorizando a própria experiência. Este pode ser um processo profundamente emancipatório em que o sujeito aprende a produzir sua própria formação, autodeterminando a sua trajetória. É claro que esta possibilidade requer algumas condições. É preciso que o sujeito esteja disposto a analisar criticamente a si próprio, a separar olhares enfiadamente afetivos presentes na caminhada, a pôr em dúvida crenças e preconceitos, enfim, a desconstruir seu processo histórico para melhor poder compreendê-lo. (CUNHA, 1997, p.4)

O processo de narrar minhas experiências possibilita reconstruir uma trajetória que oferece novos sentidos, estabelecendo uma relação dialética

entre experiência e narrativa, mediada por processos reflexivos. Nesse sentido, as narrativas se apresentam como uma metodologia capaz de produzir um material empírico útil para problematizar as metanarrativas que articulam o campo da saúde e, por conseguinte, alicerçam minha trajetória de formação e atuação profissional.

A escolha pelo uso dessas narrativas para problematizar o campo da Saúde Coletiva se deu, sobretudo, pela potência do método para perceber a medicalização implicada em um amplo processo de disciplinarização do corpo social, relacionado com as práticas de cuidado, que pode vir a produzir efeitos iatrogênicos (CASTELLANOS, 2013: 1067). Ao tomar como objeto de pesquisa os vestígios do processo de medicalização da vida na Atenção Básica, assumo que terei de suspeitar das metanarrativas modernas sobre as quais se debruçam as grandes explicações universais que, possivelmente, permitiram que o campo da saúde fosse construído. Para isso, terei de pôr em suspeição o modo como atuo e como atuam as unidades de saúde ESF e Nasf a fim de desestabilizar algumas certezas que se apresentaram no meu modo de produzir saúde na Atenção Básica e que, até então, me possibilitavam atuar em uma certa “zona de conforto”, sem o desenvolvimento de uma análise crítica sobre as circunstâncias que permitiram o desenvolvido desse processo de trabalho.

Narrar as minhas histórias de cuidado é falar das minhas feridas abertas em algumas situações, das cicatrizes dos arranhões que já fecharam e formaram pequenas cascas, ou de tropeços nas pedras menores ou quedas provocadas por buracos ou pedregulhos. Há, por isso, a possibilidade de que os acontecimentos descritos sejam relatados de uma outra forma, aqui, como material empírico. Ainda devo admitir que será preciso lidar com a incompletude do escrito, aceitando como limite a impossibilidade de reproduzir fidedignamente a experiência que vivi, de apreender em sua totalidade o real pela via do simbólico (SILVA, T. 2017:133).

Por meio da narração de histórias do vivido, do experimentado, pretendo descrever uma perspectiva de verdade que tende a ser múltipla. Não sigo na direção de ludibriar a verdade, mas de alertar para o fato de que articulo a narrativa e sua problematização sob o prisma de vivências singulares e individuais que poderiam receber outros signos se experimentadas por outrem. Os acontecimentos que narro não podem ou não devem ser tratados ou compreendidos como a versão derradeira dos fatos, uma vez que há o ponto de vista das outras pessoas que viveram e sentiram cada momento que narro. As sensações e percepções das outras pessoas possivelmente seriam descritas por meio de outro conjunto de palavras, com embasamento teórico em outros autores, para ter peso de verdade e/ou servir de material empírico para elas.

Peço, portanto, que os leitores deste estudo tenham em mente que contarei apenas meu lado da história, a partir do meu enfoque, admitindo que minha concepção é resultante de uma forma de discurso que me constitui, que regula a minha linguagem e que me subjetiva, produzindo uma certa verdade, mas não a única (SILVA, T. 2017:132).

Procurei lançar-me ao desconhecido, colocando em xeque aquilo que experimentei como integrante da equipe do Nasf, que atua em conjunto com os profissionais das equipes de ESF. Assim, me coloquei disponível para o desconforto provocado pela dúvida, pelo não saber, com a disposição para trilhar novos percursos epistemológicos sem mapa para indicar o caminho das respostas carregadas de certezas, que não deixam margem para novas interrogações ou novas possibilidades.



### 1.3.3 Enquadrando os vestígios

<b>Vestígio 1</b>	
Tema/assunto	O vestígio aborda a perspectiva da Promoção da Saúde relacionada ao modo como podem ser operadas as práticas de educação em saúde para grupo de pessoas com diabetes.
Problematização	Como a presença de ações que pretendem promover a saúde a partir das premissas voltadas para a responsabilização individual pela condição de saúde pode favorecer a adoção de uma metodologia de cuidado reducionista e homogeneizadora por parte dos profissionais de saúde, por meio da transmissão/imposição daquilo que é entendido como saudável?
<b>Vestígio 2</b>	
Tema/assunto	O vestígio trata de uma ação de Promoção da Saúde que se deu a partir de uma visita domiciliar
Problematização	Como as relações de cuidado estabelecidas com um viés de gestão comportamental poderiam trazer à tona, na Atenção Básica, um modelo de cuidado e promoção da saúde legitimado por meio de um campo de saberes e práticas capaz de reunir condições de entrar nos lares das famílias de seu território e promover a normatização das condutas e a docilização dos corpos, instaurando valores sociais para a manutenção da saúde?
<b>Vestígio 3</b>	
Tema/assunto	O vestígio versa sobre a Promoção da Saúde por meio da utilização de recursos de cuidado como a Clínica Ampliada.
Problematização	Como dispositivos que pretendem reinventar as relações de cuidado, como a Clínica Ampliada e seus elementos, podem ser cooptados e, desse modo, passarem a ser utilizados como um conjunto de técnicas e estratégias de disciplinamento?
<b>Vestígio 4</b>	
Tema/assunto	O vestígio apresenta como questão os limites do cuidado que envolve a atuação das equipes de ESF e Nasf, na lógica da promoção da saúde vinculada ao acompanhamento das famílias circunscritas pela área adscrita.
Problematização	Como o modelo de Estratégia de Saúde da Família, configurado como biopolítica, se legitimou para transpor, diluir ou refazer fronteiras simbólicas e, assim, intervir na vida das pessoas?
<b>Vestígio 5</b>	
Tema/assunto	O vestígio procura ilustrar como os grupos de prática corporal que pretendem a promoção da saúde estão vinculados a uma retórica que constrói sentidos e distribui valores sociais e culturais para negar ou permitir experiências com o nosso corpo, impondo-nos o constante exercício do autocontrole.

Problematização	Como os efeitos de verdade e poder atrelados aos discursos e práticas biomédicas investiram sobre uma cultura somática, disseminando possibilidades de operar a vida cotidiana, distribuindo valores sociais e culturais que negam ou permitem experiências com nosso corpo?
<b>Vestígio 6</b>	
Tema/assunto	O vestígio discorre sobre como a promoção da saúde é fundada na lógica do risco, que estaria difundida por toda a sociedade, podendo provocar a disseminação de tensionamentos que impeliriam os indivíduos a assumirem certa responsabilidade de proteção da sua saúde e a de terceiros. Tal movimento justificaria avançar sobre alguns modos de vida que porventura se mostrem ameaçadores, em busca de normalizá-los.
Problematização	Como a constituição dos discursos de risco e de proteção da saúde podem atuar na elaboração das vontades de se manter saudável e na formulação de pretextos para defender intervenções que procuram conformar/adequar os modos de vida desviantes que possam ameaçar sua saúde ou a de terceiros?
<b>Vestígio 7</b>	
Tema/assunto	O vestígio ocupa-se de demonstrar como certas ações de promoção da saúde que atuam sobre populações específicas, de interesse da ESF, poderiam formatar as percepções e os valores morais.
Problematização	Como o repertório de ações em saúde produzidos e legitimados por meio das biopolíticas podem se constituir, em certa medida, como estratégias de biopoder, vislumbrando governar condutas?
<b>Vestígio 8</b>	
Tema/assunto	O vestígio tenta demonstrar como ocorre a pactuação de projetos terapêuticos singulares homogeneizantes que não levam em consideração as singularidades pode colaborar para que a não adoção dos preceitos orientados seja pretexto para culpabilizar e estigmatizar os indivíduos.
Problematização	Como a propagação de técnicas de poder centradas na vida, na biopolítica e no biopoder se somariam às normas sociais e, desse modo, localizariam as pessoas em determinados campos de valores e utilidades?

## **2. Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Aproximações com a medicalização da vida no contexto da Atenção Básica**

A Estratégia de Saúde da Família ESF entrou em cena para consolidar-se como modelo vigente de atenção às questões pertinentes à saúde no

âmbito da Atenção Básica. Apresenta como proposta central a valorização e o fortalecimento do cuidado comunitário e a dimensão social, com a pretensão de possibilitar o aumento da capacidade dos indivíduos e coletivos de definir, analisar e atuar sobre seus próprios problemas de saúde por meio da aquisição de habilidades para conviver com os desafios impostos pela vida (BRASIL, 2006:20).

A operacionalização da Atenção Básica se constitui por meio de serviços comunitários que atuam principalmente na lógica da promoção e proteção da saúde, disponibilizando cuidados para os indivíduos organizados a partir dos núcleos familiares que compõem a população adstrita no território. Continuidade, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade são elementos norteadores da atenção primária à saúde. A combinação entre o modo de operar e os elementos que guiam o processo de trabalho deveria favorecer a implementação de um cuidado em saúde que aconteça em uma perspectiva biopsicossocial, menos intervencionista e iatrogênica (CARDOSO, 2014: 97).

A equipe de Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), em conjunto, teriam a potencialidade para perceber e compreender os diversos modos de levar a vida presentes nas comunidades onde atuam e, a partir disso, elaborar uma prática de saúde local, ou seja, específica para aquele território de atuação. A ESF se ocuparia da atenção à saúde a fim de oportunizar a valorização dos cuidados autônomos e os culturalmente estabelecidos, além de dar a devida importância ao papel exercido pela pobreza e aos outros fatores sociais que agem nas condições de saúde dos indivíduos e coletivos (BRASIL, 2006:10, 26).

Há um direcionamento, no âmbito da Atenção Básica, para que os serviços de saúde atuem de acordo com um modelo biopsicossocial e consigam criar condições para que os sujeitos lidem com os percalços da vida de forma mais autônoma. É possível perceber que também ocorrem proposições de ações embasadas em modelos operacionalizadores de cuidado predefinidos por protocolos, fundamentados com base em verdades

científicas derivadas de um modelo de cuidado biologicista e preventivista com ênfase em práticas de vigilância que podem reforçar o processo de medicalização, cerceando as possibilidades do cuidado autônomo (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010: 3616). Nesse sentido, o modelo de atenção à saúde disponibilizado pela lógica da Estratégia de Saúde da Família em conjunto com o Nasf pode constituir-se como uma ferramenta para esse processo de medicalização da vida, já que algumas intervenções desenvolvidas vislumbram interferir, de algum modo, na conduta, no comportamento e no corpo das pessoas (TESSER, 2006a:74).

Como possibilidade de governar as condutas, Foucault alerta que seria necessário, entre outras coisas, contar com uma política, um modo de operar a saúde com competência para diminuir a mortalidade infantil, prevenir epidemias, fazer baixar as taxas de endemias e intervir nas condições de vida para transformá-las e impor-lhes normas que podem dizer respeito à sexualidade, à alimentação, à moradia, ao lazer – ou seja, contar com equipamentos médicos para intervir sobre uma gama variada de dimensões da vida (FOUCAULT, 2008: 494). Esses atributos, mencionados por Foucault como essenciais para o governo das condutas, coincidem em alguns aspectos com aqueles que a ESF se ocupa, estabelecendo-se, assim, como um dispositivo biopolítico que produziria e propagaria intervenções nas vidas das pessoas, tendo a potência necessária para capturá-las (WEBER, 2006:62).

#### ***Vestígio 4:***

*Andávamos pela rua, o calçamento era paralelepípedo, muito irregular e com alguns buracos. Nas ruas que fazem parte do território da ESF, existem poucos passeios públicos. Suas bordas são tomadas por casas simples, em sua maioria abatidas pela ação do tempo. Algumas poucas casas são de alvenaria, a maioria é de madeira, assim como as cercas que delimitam os terrenos. O campo de futebol, algumas figueiras grandes e o valão compõe a paisagem.*

*Como atuo há algum tempo nessa comunidade, já sou figura conhecida, o que faz, volta e meia, a caminhada ser interrompida para uma breve conversa. Apesar de já ser reconhecido como trabalhador da unidade de saúde, prefiro andar na companhia da ACS, visto que se trata de uma comunidade cujo território é dividido geograficamente pelo tráfico de drogas<sup>36</sup>. Com ela, os caminhos percorridos aparentam ser mais seguros.*

*Seguíamos a caminhada na direção da parte da comunidade em que estão situadas as condições mais precárias de moradia. Para chegar nesta zona do território, é necessário transpor o arroio, ir para o lado de lá, tomando como referência que a unidade de saúde fique do “lado de cá”.*

---

<sup>36</sup> Houve situações em que fui abordado e questionado sobre o motivo de estar caminhando naquela rua, com quem eu queria falar. De algum tempo para cá, ainda houve um aumento da frequência dos tiroteios e acirramento para estabelecer limites de circulação pelas ruas.

*O valão secciona o território e o delimita simbolicamente, já que, dependendo do acirramento das disputas locais, é imposto a quem mora de um lado não passar para o outro, nem mesmo para buscar atendimento na unidade de saúde. Como estratégia para atenuar essa dificuldade, os profissionais utilizam como recurso as visitas e os atendimentos domiciliares.*

*Quando são trazidas situações de saúde para serem discutidas nas reuniões de equipe e “é do lado de lá do valão”, os profissionais já sabem que não vai ser “coisa pouca”, e isso geralmente envolve intervenções complexas - não por causa do dispêndio de insumos tecnológicos ou materiais, mas pelo exercício inventivo na elaboração do processo de cuidado.*

*A ACS e eu seguimos andando para realizar uma visita domiciliar “do lado de lá”. Era a primeira vez que eu ia à casa da família em questão; eram moradores recentes do território. A visita havia sido programada após a apresentação do cadastro domiciliar da família<sup>37</sup> em uma reunião de equipe da ESF.*

*Pelas características apresentadas, a equipe percebeu que se tratava de uma família que poderia necessitar de cuidados em saúde.*

---

<sup>37</sup> O cadastro domiciliar da família é um instrumento utilizado para identificar os principais problemas de saúde, para que os serviços possam oferecer uma atenção mais voltada para a família de acordo com sua realidade e seus problemas. Os dados desse cadastramento devem ser de conhecimento de toda a equipe de saúde. Deve-se manter atualizado no sistema de informação local o cadastramento das famílias para indicar a equipe da ESF e ao gestor municipal, de forma sistemática, os dados para a análise da situação de saúde, que consideram as características sociais, econômicas, culturais, demográficas e epidemiológicas do território. Com base nessas informações, são priorizadas as situações a serem acompanhadas no planejamento local. (BRASIL, 2009A)

*Um dos principais motivos para isso foi o fato de alguns moradores da casa já terem realizado acompanhamento de saúde mental, de haver uma gestante na casa e, ainda, de haver um relato de que teriam vindo morar no bairro para fugir de desavenças no local onde residiam anteriormente. A partir disso, se pactuou que a família receberia um acompanhamento “próximo” da ESF.*

*Como estratégia de cuidado inicial, optou-se por realizar visitas domiciliares para conhecer a família e perceber se algum de seus integrantes necessitaria de cuidado em saúde. A família foi elencada como uma prioridade de cuidado para a ESF, e as visitas domiciliares aconteciam com uma frequência de mais ou menos uma vez por semana, a fim de conhecer melhor aqueles novos moradores.*

*Em uma visita anterior a esta em questão, a ACS havia percebido que a dona Olga estava nervosa. A razão era o comportamento do filho, Vitor, um rapaz por volta dos vinte anos. Dona Olga contou para a ACS que Vitor estava brigando muito em casa. Disse, na ocasião, que ele inventava os motivos, falava algumas coisas que não eram reais, que não teriam acontecido. Assim, o motivo principal era verificar como ele estava, pois já havia realizado acompanhamento em saúde mental e, a partir dos relatos da mãe, se deduziu que o rapaz pudesse necessitar voltar a fazer tratamento.*

*Quando chegamos à casa, a ACS me apresenta para dona Olga, e ela nos convida para entrar. Já acomodados dentro da casa, passo a fazer algumas perguntas relacionadas à saúde dos integrantes da família. Lá pelas tantas, a interpelo sobre como está seu filho. Ela de pronto me dá a seguinte resposta:*

*- Esse aí é sem-vergonha!*

*- Dona Olga, a senhora acha mesmo que é sem-vergonhice? Será que não é “problema de cabeça”, dessas coisas que precisa fazer tratamento?*

*- Não sei, não. Faz tempo já que ele deixou de ir ao médico. Como que só agora começou de novo? Acho que é falta do que fazer. Esse guri não toma jeito. Já teve internação no São Pedro<sup>38</sup> e não resolveu.*

*Percebo que o assunto começa a provocar certo incômodo. Diante disso, opto por não insistir e paro de argumentar. Enquanto formulava em pensamento mais alguma pergunta, dona Olga dá por encerrada a visita.*

*Antes que pudesse perguntar mais alguma coisa, ela agradece nossa preocupação e começa a se despedir, nos encaminhando em direção à saída da casa. Mesmo assim, digo que voltarei outro dia para tentar*

---

<sup>38</sup> Hospital Psiquiátrico São Pedro



*falar com seu filho. Ela concorda com a nova visita, mas parece que é mais para se livrar da nossa já inconveniente presença do que por ter entendido a necessidade de cuidado para o seu filho.*

*Saímos da casa de madeira, andamos uns poucos passos para percorrer o pequeno pátio de terra batida. No trajeto, desviamos de uns dois ou três cães de estimação, até chegar ao portãozinho de madeira. Alguns segundos para levantar o arame enganchado no prego e pronto, estamos na rua a caminho da unidade de saúde.*

*Visita domiciliar malsucedida. Estávamos meio atônitos, pois a mãe parecia não dar importância para os acontecimentos recentes que, de algum modo, ameaçavam a integridade física do filho. Já estávamos distantes da casa quando a ACS interrompe o silêncio e fala:*

*- Alpheu, tenho uma dúvida, vamos ver se tu sabes.*

*- Pergunta, vamos ver se eu ajudo.*

*- Assim, como nesse caso que nós fomos agora, o rapaz não quer saber de nos receber, parece que a família não se dá conta dos problemas que ele tem. Fico pensando, qual é o limite, até onde podemos ir?*

Recebi a pergunta com espanto. Difícil elaborar a resposta solicitada. Mas logo passei a pensar sobre como havíamos nos organizado para ir à casa da família e percebi que até aquele momento o desejo e a movimentação para o cuidado eram unilaterais, oriundos dos profissionais de saúde. Acabei respondendo, em tom de brincadeira: “acho que não temos limites”.

Qual seria o limite? Até onde poderíamos ofertar o cuidado em saúde? Não sei se será possível delimitar com precisão, mas tecerei algumas considerações acerca disso. Parece que a proteção à saúde justificaria muitas coisas e, desse modo, ressignificaria e refundaria novas fronteiras de permissibilidade às ações de saúde.

As leis que protegem/promovem a vida, as biopolíticas, às vezes se fortalecem calcadas em um status de legalidade respaldado pelo senso comum e o bom senso e envolvem a confecção de certas fronteiras, construindo ou destruindo muros mentais na sociedade, estabelecendo parâmetros do que passaria e seria aceitável como área de atuação dos profissionais de saúde. Alguns setores sociais considerados mais vulneráveis receberiam da biopolítica uma atenção mais potente, sendo a condição econômica um fator importante para a incidência das forças. Weber chega a afirmar que a Atenção Básica, no modelo da saúde da família, seria um programa de atenção à saúde dos pobres, calcado em políticas públicas focadas na pobreza. Com isso, avistaríamos técnicas centradas no corpo individual, disciplinadoras, pelo contato direto ou pela observação expressa e contínua deste recorte da população, principalmente na figura do ACS, mas abarcando todos os profissionais que atuam nesse âmbito de atenção (2006:63).

A metodologia de funcionamento da ESF poderia ser vista como potente para desenvolver modos de subjetivação a partir do desenvolvimento de ações em saúde no território. Por meio das práticas da ESF, poderia haver uma intervenção na vida das pessoas com suficiente potência para que se conseguisse transpor, diluir ou refazer fronteiras

simbólicas, além de produzir novos limites. Assim, ao que parece, surge uma possibilidade de criar ou fortalecer políticas e aparatos de saúde que podem ser fortuitos para a subjetivação da vida e que não garantem nem expõem sua intencionalidade, não informam a que se destinam, se é a produzir potência ou se é a mortificação da vida (MACHADO; LAVRADOR, 2010:119).

São construídas e implementadas regras, normas e políticas públicas que legitimam os serviços de saúde a desenvolver/criar/inventar ações no espaço geográfico de certas comunidades e, ainda, por meio de estratégias de persuasão, a entrar na casa das famílias a fim de verificar os modos de existir. A partir disso, disponibilizar práticas de cuidado e/ou propor a adoção de rotinas de vida que eliminem ou diminuam os riscos para a saúde permitem a instauração de um processo de ensino-aprendizagem de modos saudáveis de vida (CARVALHO, S. e GASTALDO, 2008: 2035).

Assim, a ESF, por meio de um aparato tecnológico de cuidado (sistemas de informação, indicadores epidemiológicos, carteiras de vacinação, cadastramento de domicílios, etc.), poderia se configurar como um dispositivo biopolítico que conduz e propaga intervenções na vida das pessoas para capturá-las, gerenciando-as para uma vida balizada pela normalidade (WEBER, 2006:63). Seria um modelo capaz de entrar na casa das pessoas para propor determinados cuidados com a sua saúde ou com a de terceiros, gerenciando as condutas por meio da intervenção sobre os potenciais causadores de algum agravo na condição de saúde, sobre os *riscos* de adoecimento. Tal direcionamento poderia eliminar o status de saudável, multiplicando, de modo ilimitado, os papéis de doente e, ainda, cerceando as possibilidades de autonomia e autocuidado (ILLICH, 1975:56).

A investida de uma atenção primária sobre os aspectos comportamentais com a pretensão de manter a saúde e/ou diminuir os riscos de adoecer tende a atribuir a competência cultural e a relevância das ações autônomas e comunitárias a uma condição marginal no campo de cuidado à saúde e as deixa relegadas ao segundo plano e, ao mesmo tempo, aumenta

a dependência dos usuários em relação a esses serviços (CARDOSO, 2014:98).

Illich (1975) refere-se ao cerceamento das possibilidades de autocuidado e aos modos de cuidar culturalmente construídos como sendo efeitos da medicalização, que conseguiria formatar-se em uma estrutura social e política capaz de ortopedizar a consciência corporal e (re)produzir o *homem assistido*, ou seja, apresentaria o poder de encher suas vítimas com terapias que elas foram ensinadas a desejar. O autor assume a perspectiva de que a medicalização transformaria as pessoas em potenciais consumidores de cuidados e saberes da área de conhecimento da saúde. As ciências da saúde avançariam sobre a vida sem reconhecer limites, tornando as pessoas incapazes de se curarem ou de curarem seus semelhantes sem ter à sua disposição a assistência desenvolvida pelo o aparato biomédico (ILLICH, 1975, p.06).

Com isso, o fenômeno da medicalização ganharia corpo, já que obteria afirmação por meio de forças que penetram no imaginário social e conseguem expandir a importância e superestimar o emprego de tecnologias de cuidado fundamentadas em conhecimentos científicos e práticas profissionalizadas ao mesmo tempo que desvalorizam as práticas e saberes para o cuidado cultural (TESSER, POLI NETO, CAMPOS, 2010:3616). Assim, constitui-se uma superestimação da profissionalização e uma cientificação da atenção à saúde. Em parte, isso pode ser atribuído à capilarização do mercado e à luta pelo poder econômico-social na área dos cuidados clínicos estaria vinculado à possibilidade de surgimento e/ou afirmação de categorias profissionais no campo da saúde (CAMARGO Jr., 2007:67-68).

Tal transformação é uma das importantes facetas da medicalização social. Nela, não só encolhem e vão desvalorizando a competência cultural e a relevância social das ações autônomas e comunitárias (especializadas informais), como estas últimas tendem a ser combatidas e condenadas – já que tendem a ser consideradas exercício ilegal de alguma profissão ou credices e práticas supersticiosas e ou perigosas – além do que multiplicam-se as profissões e as especialidades dentro das profissões, havendo proliferação de núcleos de profissionais especializados. (TESSER, 2010, p. 19).

A faceta da medicalização descrita acima pode ser potente para percebermos como foi possível constituir os limites atuais da Atenção Básica e o modo como se apresenta atualmente.

A possibilidade de ampliação de núcleos profissionais/especialidades que podem passar a intervir sobre as questões de saúde de uma comunidade ou sujeito, por meio dos Nasf, precisa ser examinada com cautela e, se possível, por ângulos diferentes. A entrada de um equipamento de saúde que oportunize a abertura de um campo de atuação para dezenove núcleos profissionais/especialidades<sup>39</sup> poderia ser justificada por sua proposta de romper com a lógica hegemônica instaurada que propicia o avanço do modelo biomédico e a fragmentação dos saberes e das competências para o cuidado em saúde (BRASIL, 2014:17; SANTOS, 2016:8-9). Ela teria o objetivo de alcançar uma atividade ininterrupta de colaboração, reformulação e qualificação de ações e estratégias de atuação dos profissionais de saúde de modo que se tornassem capazes de responder eficientemente aos desafios cotidianos da atenção primária à saúde por meio de uma proposta de atuação interdisciplinar (SANTOS, 2016:8-9).

Nesse sentido, observaríamos um aumento de núcleos profissionais comprometidos com a melhoria da condição de saúde com base nas necessidades percebidas pelo conhecimento técnico-científico, que não se limitaria a oferecer apenas intervenções demandadas pelo usuário. Isso poderia significar uma expansão das possibilidades de cuidado. Por essa perspectiva, a multiplicidade de olhares sobre o processo de adoecimento também se apresentaria como uma possibilidade de resolução dos agravos à saúde e de aumento do escopo das ações de cuidado, permitindo maior qualidade na atenção e no cuidado da população (SANTOS, 2016:08).

---

<sup>39</sup> Assistente social; profissional de Educação Física; farmacêutico; fisioterapeuta; fonoaudiólogo; profissional com formação em arte e educação (arte educador); nutricionista; psicólogo; terapeuta ocupacional; médico ginecologista/obstetra; médico homeopata; médico pediatra; médico veterinário; médico psiquiatra; médico geriatra; médico internista (clínica médica); médico do trabalho; médico acupunturista; e profissional de saúde sanitária, ou seja, profissional graduado na área de saúde com pós-graduação em saúde pública ou coletiva ou graduado diretamente em uma dessas áreas.

Já por uma outra perspectiva, o incremento da especialização da saúde e a oferta de ações não demandadas pelos usuários poderia colaborar para que houvesse preterição dos cuidados autônomos em relação aos profissionalizados e, ainda, convergiria para o menosprezo aos fatores de adoecimento ligados aos condicionantes socioeconômicas e ambientais. Tais fatores deveriam ser objetos de políticas públicas intersetoriais e não ter como protagonista o cuidado oferecido pelos serviços de saúde (ILLICH, 1975:15; CASTIEL e ALVAREZ – DARDET, 2007:38).

O protagonismo assumido pelos serviços de saúde obtém pouca ou nenhuma penetração na transformação das inequidades sociais que potencializam os adoecimentos a cargo dos condicionantes e determinantes sociais. Por vezes, tem como principal mote a alteração de comportamento individual, que acaba por se caracterizar como gerador de culpabilização (CASTIEL e ALVAREZ – DARDET, 2007:38). Esses modos de se disponibilizar atenção à saúde parecem ser onde se situam os vestígios da medicalização da vida e, de algum modo, podem estar vinculados à oferta cada vez mais abundante e variada de práticas em saúde<sup>40</sup> que se relacionam com a introdução e a ampliação dos núcleos profissionais no âmbito da Atenção Básica (CARDOSO, 2014: 25). Nesse sentido, ampliar e diversificar os saberes profissionais estaria associado ao aumento da atuação do campo da saúde sobre dimensões da vida<sup>41</sup> que não eram objetos de intervenção e, então, passam a ser (ILLICH, 1975).

A organização da oferta de saúde para a população, a partir das percepções de necessidade de saúde feita pelas equipes de ESF e Nasf, pode ser compreendida como demonstração do quanto esses dispositivos de saúde se ocupam em cuidar e orientar a população para a manutenção da saúde. Por outro lado, também pode ser compreendida como uma resposta produzida para dar conta das demandas da sociedade originárias

---

<sup>40</sup> Visitas domiciliares, grupos de educação em saúde, de atividade física, de gestantes, para crianças, para adolescentes, etc.; atividades para a saúde da mulher, saúde do homem, da criança; consulta individual/coletiva; visita domiciliar; entre outros.

<sup>41</sup> Hábitos alimentares; atividades físicas e de lazer; prática e orientação sexual; planejamento familiar; consumo de álcool, tabaco e substâncias psicoativas; delinquência; melancolia; entre outras. (ILLICH, 1975)

de um processo de subjetivação decorrente do fenômeno da medicalização, que seria útil para exercer certo domínio sobre a população (Foucault, 2000: 298). Esse desejo pelo domínio e pela normalização estaria em todos nós; seria um sentimento que martela nossos espíritos e nossas condutas cotidianas (Foucault, 1991: 82).

As ofertas de cuidado estão, portanto, envoltas por uma nebulosidade que impossibilita distinguir a razão pela qual estão sendo oferecidas, o que dificulta demarcar seus limites. As biopolíticas estabeleceram técnicas e modalidades de governamentalidade<sup>42</sup> que possibilitaram que as práticas discursivas e não discursivas se entrelaçassem não só na lógica do Estado, no caso os profissionais de saúde, mas também nos próprios sujeitos, os usuários (VEIGA-NETO, 2002:24; WEBER,2006:61).

Ao admitir que estamos envoltos em mecanismos de governamentalidade, que talvez sejam parte das razões pelas quais os equipamentos disciplinares se diluem e as práticas disciplinares se dispersem por toda a sociedade, podemos pensar que as ações de controle deixaram de ter forma definida, se infiltrando em todos os âmbitos da vida. A patologização seria um exemplo disso (FONSECA e colaboradores, 2008:40). Ela tornou-se objeto constante na vida cotidiana, facultando aos profissionais de saúde atuarem pelas diversas dimensões do viver e circular pelos espaços públicos (ruas, parques, escolas, praias, etc.) e privados (moradias), disseminando suas práticas e saberes. A medicalização, a exemplo do microfascismo<sup>43</sup>, ganha foça no âmbito do micropolítico por meio de nossos pensamentos e atitudes, se infiltrando por toda a vida. Seu aspecto fluido não permite que consigamos definir seus limites, mas pequenas ações no cotidiano, como a escolha das famílias que devem ter as suas casas visitadas, podem acabar descortinando a fronteira entre a medicalização e o cuidado.

---

<sup>42</sup> Seria uma prática de governo que tem na população seu objeto, na economia seu saber mais importante e nos dispositivos de segurança seus mecanismos básicos. (VEIGA-NETO, 2002:20)

<sup>43</sup> Chamaremos de microfascismos as práticas de exceção que concernem ao âmbito do micropolítico; práticas que habitam nossos pensamentos, nossas atitudes, nossos corpos, que se infiltram por toda a vida, não somente em um nível totalitário, definido, macro e visível, mas no “entre”, na invisibilidade, nas pequenas ações cotidianas. (FONSECA e colaboradores, 2008:40)

## **2.1 Medicalização da vida:**

Com o nascimento da medicina moderna, na transição entre os séculos XVIII e XIX, Foucault (2015:35) passa a chamar atenção para o fenômeno da medicalização, que emerge a partir do aparecimento de uma ciência médica trajada de poderes semelhantes aos que o clero exercia sobre as almas. A ciência médica adquiriu um prestígio tal que seus discursos científicos passaram a ser adotados como verdades no que tange aos processos de adoecimento, de evitação de agravos e de recuperação da condição de saúde sobre o corpo individual e social. A experiência médica expressava-se por meio de uma narrativa quase religiosa, que pretendia restituir a “saúde de origem” das pessoas. Nesse período, a medicina parecia buscar purificar o corpo das doenças assim como a religião buscava eliminar os pecados da alma. Almejava-se alcançar o desaparecimento total das doenças e, com isso, conquistar a formação de uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituindo a saúde das pessoas (FOUCAULT, 2015:34). Desse modo, os médicos passaram a dividir com os padres duas das mais visíveis missões da igreja: a consolação das almas e o alívio dos sofrimentos. Observava-se a aparição de algo que se assemelharia ao clero da terapêutica, por meio de uma medicalização rigorosa, militante e doutrinadora da sociedade (FOUCAULT, 2015:34).

Com o avançar do tempo, já no século XIX, tanto para Canguilhem (2009) quanto para Foucault (2015), a regulação da vida em busca da normalidade superou o desejo pela saúde. Os fenômenos vitais normais e patológicos, aparentemente muito distintos e aos quais a experiência humana atribui valores opostos, tornaram-se uma espécie de dogma cientificamente garantido.

Por meio do estabelecimento do que é compreendido como normal ou patológico, a medicina conseguiu classificar os eventos da vida. Além disso, a episteme médica estendeu seu campo de conhecimento sobre as áreas da filosofia e da psicologia para que fossem amparadas e reconhecidas a partir da legitimação conferida pelo seu saber (CANGUILHEM, 2009:14;



FOUCAULT, 2015:38). Com essa ampliação da episteme médica e sua proposição de ir além da cura da doença já instalada, passou-se a avançar metodologicamente na procura dos desvios que originariam os distúrbios, causando o fortalecimento da intenção de evitar que os males ao corpo surjam. A medicina, assim, segue por uma linha de atuação que visa preservar a saúde, e sua prática passou a conceder destaque ao regramento da vida social e individual.

A medicina não deve mais ser apenas um corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um conhecimento do *homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do *homem não doente* e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma postura normativa que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive. Situa-se nesta zona fronteira, mas soberana para o homem moderno, em que uma felicidade orgânica, tranquila, sem paixão e vigorosa, se comunica de pleno direito com a ordem de uma nação, o vigor de seus exércitos, a fecundidade de seu povo e a marcha paciente de seu trabalho. (FOUCAULT, 2015 pg. 37-38).

Essa propagação de discursos e enunciados da saúde que operam sobre os não doentes poderia implicar uma tentativa de agenciamento das possibilidades de conduzir a vida individual e social, produzindo uma arte de gestão dos corpos e das populações vinculadas por ditames que prometem a proteção da vida. Com isso, ao longo dos séculos XIX e XX, uma gama de doenças, desvios e anomalias ligadas ao comportamento passaram a ser classificadas dentro do escopo médico, com o viés da higiene pública, que deveria se interpor para barrar os perigos, exercendo um papel de proteção social contra ameaças diretas e indiretas que a doença poderia provocar (CAPONI, 2009: 530; FOUCAULT, 2001:148).

Nesse sentido, observaríamos os efeitos de verdade e poder dos discursos atrelados às práticas biomédicas investirem sobre uma cultura somática. Assim, o indivíduo somático teria sua individualidade fundamentada em uma existência carnal e corporal, e sua experimentação, expressão e julgamento de si ocorreria predominantemente a partir da linguagem biomédica. Com isso, o conhecimento da ciência da saúde poderia constituir um arranjo suficientemente capaz de exercer forças sobre

o modo como elaboramos um pensamento a fim de compreender, interpretar e definir aquilo que somos e experimentamos (FORTES, 2015:30).

### ***Vestígio 5:***

*Estava no grupo de práticas corporais de uma unidade de saúde que acontece semanalmente, no espaço da igreja vizinha. Participam em torno de quinze a vinte mulheres que, em sua maioria, pertencem ao do território da unidade, mais as ACS.*

*O grupo já tem uns quatro anos, as atividades, em sua maioria, são voltadas para exercícios rítmicos, alongamentos, jogos e brincadeiras. Tradicionalmente, na quinta-feira que antecede algumas datas (Páscoa, dia das mães, dia de São João, início da primavera e Natal), acontece uma confraternização. Nos encontros festivos, via de regra, tem um chá para tomar, e cada integrante traz algum alimento para compartilhar com o grupo.*

*Seguindo a tradição, na quinta-feira, dia 04 de maio, propus que fizéssemos um chá no dia 11 de maio. A ideia era homenagear as mães. Estranhamente, as mulheres que participavam do grupo não mostraram muito interesse na atividade.*

*Uma delas fala:*

*- Professor, vamos pular essa. Está todo mundo na crise e sem grana.*

*Respondi que tudo bem, podíamos deixar para outra hora. Na semana seguinte, dia 11, como de costume, iniciamos o grupo de*

*práticas corporais às 14:30. Grupo estava cheio, com cerca de vinte participantes. Iniciamos com um alongamento, e então noto que as participantes estão dispersas. Começo a perceber alguns cochichos e troca de olhares entre elas.*

*Antes de dar tempo de perguntar o que estava acontecendo, o mistério foi desfeito: elas haviam preparado uma festa surpresa pelo meu aniversário.*

*Foi um aniversário com tudo que tem direito. Cada integrante havia trazido alguma coisa para comer ou beber, mesa farta, potes apertados para caberem todos.*

*Cantamos parabéns, falo algumas palavras agradecendo, e logo tenho a ideia:*

*- Tem que chamar o padre, vamos convidar o padre. Ele que cede o espaço para o grupo e para as festas. Chama o padre!*

*O padre, ao chegar, olha para mim, olha para as mulheres, olha para a mesa e exclama:*

*- Ah, não! Assim não dá. Do que adianta vir aqui fazer ginástica se agora vão comer tudo isso? Vai ficar todo mundo gordo desse jeito. Ninguém vai emagrecer assim.*

*Segundos de desconcertos, troca de olhares entre as pessoas do grupo. Sinto que fica uma “dúvida no ar”. Seria uma brincadeira do padre ou ele estava querendo nos dizer algo?*

*Por fim, o padre me parabeniza, agradece o convite, mas recusa experimentar as delicias produzidas pelas integrantes do grupo.*

*Se despede falando:*

*- Tenho que manter a forma.*

Ao relembrar o momento vivido, percebi o quanto o espaço em si, do grupo, pode estar surfando na onda do discurso da vida ativa, da estetização da saúde, do comportamento de risco e tantos outros que acabam agindo sobre as escolhas para proteção da saúde. Parece que essas ordens discursivas conseguem construir sentidos sobre as práticas corporais mesmo quando estas ocorrem de modo a se opor, na medida do possível, a tais discursos.

Haveria, portanto, uma permanente presença dessa retórica que dissemina possibilidades de operar a vida cotidiana, distribuindo valores sociais e culturais para negar ou permitir experiências com nosso corpo – não ceder às tentações, manter-se firme em uma vida abnegada de alguns prazeres. O caso descrito, com os alimentos ricos em sabores, pareceu próximo ao discurso religioso: em troca de uma vida longe dos pecados, promete-se um lugar no paraíso. Exercitar o autocontrole, afastando-se de alguns prazeres, tentações, pecados da vida para, em troca, pretensamente conquistar uma melhor condição de saúde parece ser a ordem.

A partir do regramento da vida e do estabelecimento de certos parâmetros que as pessoas deveriam impor para si, o autocontrole possivelmente se configuraria como uma prática forjada a partir da investida de artifícios coercitivos como, por exemplo, as instituições religiosas, pedagógicas e biomédicas. Desse modo, a ideia de autocontrole poderia ser compreendida como um instrumento capaz de exercer certos domínios sobre as pessoas ao mesmo tempo que promete uma vida saudável.

Nesse sentido, observou-se que, aos poucos o cuidado de si, que inicialmente visava à emancipação do ser individual por meio da possibilidade de ascensão à uma verdade que lhe concederia a oportunidade de desfrutar de uma vida saudável (digna), vai sendo ressignificado. Gradativamente, a viabilidade de tornar-se médico de si mesmo é deslocada. Em vista disso, emergiu um cuidado autorizado por meio de um conjunto de práticas que se destinam, com mais força, à

sujeição do indivíduo a padrões de conduta que são externos e independentes de sua vontade (BARROS II, 2012: 3-4).

À medida que a medicina prosperou, passou a interceder sobre as condutas e as realizações individuais e sociais do homem. Isto posto, transcorre um fenômeno de convergência entre as exigências da tecnologia médica e da ideologia política. A ciência médica conseguiu avançar para o estabelecimento de um campo do conhecimento que obscureceu a distância entre o espaço social e o cuidado a saúde (FOUCAULT, 2015:40). Dessa forma, o discurso biomédico conseguiu extravasar os limites outrora impostos ao seu campo dos saberes e práticas, passando a nomear, circunscrever e analisar objetos no campo social, ou seja, criou-se um discurso que constitui um certo corpus de conhecimento (FOUCAULT, 2008:46).

Tal constituição discursiva, para Foucault, se mostrou capaz de agrupar elementos úteis para a produção de um entendimento semelhante sobre as questões de saúde. As unidades contidas no discurso proposto pela medicina teriam a função de definir os objetos de atuação, limites, códigos, modelos de tratamento, entre outros, que podem ser compreendidas como ordens enunciativas da saúde (2008: 42).

A saúde tornou-se não só uma preocupação; tornou-se um valor absoluto ou padrão para julgar um número crescente de condutas e fenômenos sociais. Menos um meio para atingir outros valores fundamentais, a saúde assume a qualidade de um fim em si. A boa vida é reduzida a um problema de saúde, da mesma forma como a saúde expande para incluir tudo que é bom da vida. (CRAWFORD, 1980, p. 381 apud ORTEGA, 2002, p. 154)

A vida, com seus prazeres e seus desgostos, estaria vinculada a um constante processo de subjetivação implicado por formulações subjetivas de regras de biossociabilidade<sup>44</sup> que enfatizam mecanismos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos que permitem a construção de identidades pessoais. Tais regras ressignificam a prática de atividades lúdicas, religiosas, esportivas, etc. como práticas de saúde (ORTEGA,

---

<sup>44</sup> É uma forma de sociabilidade apolítica constituída por grupos de interesse privados, seguindo critérios de saúde, performance corporal, longevidade, etc. (ORTEGA, 2002;154)

2002:156). A dieta e o *fitness*<sup>45</sup> seriam elementos constituintes e centrais na formação da biossociabilidade, já que refletiriam um estilo de vida, um hábito e, ainda, um projeto de vida. O sujeito aplicaria a si o autocontrole, a autovigília, e instalaria um processo constante de autoavaliação, que perpassaria constantemente pelos critérios fundamentais instituídos pelo elemento básico da lógica do risco. As pessoas só se constituiriam como sujeitos autônomos e responsáveis por meio da introjeção do discurso do risco e suas escolhas seriam modeladas pelo olhar censurador do outro (ORTEGA, 2002:156).

Fundamentado na ordem discursiva que visa alertar para os potenciais perigos à saúde, o Estado, por sua vez, produziu todo um aparato legal que rege e regulamenta o setor da saúde – as biopolíticas. Mas a vigência de ordem discursiva parece não se limitar ao Estado. Ela se difundiu pela sociedade como um todo. O discurso da saúde, muito em função da lógica do risco, conseguiu penetrar na sociedade por meio de sua validação como verdade. Assim, exerce pulsos de tensão para atuar sobre as condições e as possibilidades que se estabelecem para que as escolhas do processo de viver sejam feitas com base no paradigma das ciências da saúde do que seria reconhecido como saudável. A absorção desse discurso do risco parece impelir os indivíduos a assumirem a responsabilidade de se manterem saudáveis e evitarem ameaças à saúde do outro, excluindo, minimizando ou evitando a proliferação de situações que produzam riscos. Isso remete a uma certa vigilância sanitária – não a institucional regulamentada pelo SUS, mas uma popular, regida pelo entendimento social, em certo espaço-tempo, que regrará o que se constitui como ameaça ou não. O que talvez seja importante observar é como a constituição dos discursos de risco e de proteção da saúde podem atuar na elaboração das vontades de se manter saudável e na formulação de pretextos para defender intervenções que procurem conformar/adequar os modos de vida desviantes ou ameaçadores.

---

<sup>45</sup> Palavra de origem inglesa que pode ser associada à prática de exercícios físicos e entendida como sinônimo de boa forma física. (<https://www.significados.com.br/fitness/> - consultado em 28/08/2017).



### **Vestígio 6:**

*Estava na reunião de equipe da ESF. Era o momento reservado para a discussão dos casos. Uma das ACS acha pertinente compartilhar com a equipe sua preocupação com a condição de saúde do Francisco.*

*- Tenho um caso para discutir. É o do Francisco.*

*Francisco, que possivelmente convivia com questões de saúde mental que alegadamente limitavam as suas possibilidades de vida, aparentava estar por volta dos seus quarenta e poucos anos. De acordo com a história que é contada à “boca-miúda”<sup>46</sup>, ele passou a trajar os vestidos da sua falecida mãe após uma desilusão amorosa.*

*Por estar sempre no entorno da unidade de saúde, com seus vestidos coloridos, sua barba longa já esbranquiçada e seu jeito simpático, não passava despercebido, nem aos seus vizinhos, nem aos profissionais de saúde. Era um personagem do território. Sua principal ocupação parecia ser recolher e organizar matérias recicláveis, que eram o seu meio de sustento.*

*Segue o relato da ACS:*

*- Um dia, consegui trazê-lo aqui na unidade para verificar a pressão, que estava alta. Depois dessa vez, não quis mais vir. É difícil trazê-lo aqui. Sabe que ele ainda bebe? Já imaginou se ele tem um*

---

<sup>46</sup> Diz-se de algo não verossímil, sem lastro de verdade, que pode ser considerado uma fofoca <http://www.dicionarioinformal.com.br/boca%20mi%C3%BAda/> - disponível em 15/08/2017

*AVC? Quem vai cuidar? Ele não bebe de estar sempre bêbado. Eu sei que ele separa dinheiro para comida. Quem leva ele para beber é o irmão, que fica convidando para tomar cachaça. Não é que eu queira que ele se vista como homem ou pare de beber, que nem é tanto assim. O que eu queria mesmo era que ele viesse aqui para ver a pressão e tomasse os remédios, sabe? Fizesse o acompanhamento direitinho aqui na unidade.*

*Após o breve relato da ACS sobre a não adesão de Francisco aos cuidados ofertados pela equipe de saúde, passamos a conversar sobre as possibilidades de cuidado. Também estava em pauta se havia a necessidade de cuidado. A discussão de caso segue por alguns minutos.*

*O diálogo construído pelos presentes parecia-se mais com pensamentos em voz alta. Havia muitas incertezas referentes ao modo como deveríamos lidar e/ou tecer possibilidades de cuidado ao Francisco. O entrave para a elaboração do plano terapêutico girava em torno da dificuldade de se distinguir se o modo de viver de Francisco era confeccionado por meio de escolhas de vida ou por questões de saúde mental. Essa dúvida fazia com que houvesse hesitação dos profissionais para estabelecer o PTS.*

*Após alguns minutos de reflexão coletiva, resolvemos que a intervenção possível para o cuidado em saúde deveria iniciar pela construção de vínculo. Queríamos conhecer Francisco melhor.*

*A partir disso, as equipes de ESF e Nasf passaram a se ocupar da elaboração de possibilidades para fazer a construção do vínculo e, quem sabe, ofertar algum cuidado.*

*Alguns dias se passaram, e a ACS entrou em contato por telefone para avisar que os vizinhos haviam se organizado em um grupo de homens e entrado na casa de Francisco. Ela contava, atônita, ao telefone:*

*- Deram banho de mangueira no meio da rua, no Francisco. Cortaram-lhe o cabelo e a barba. Obrigaram ele a tirar o vestido! Entraram na casa dele e jogaram todos os sacos com garrafa fora!*

*- Como assim? (Alpheu)*

*- É isso que estou te dizendo. Jogaram fora as sacolas com os materiais recicláveis, forçaram ele a tirar o vestido, cortaram o cabelo e a barba dele.*

*- Quando isso?*

*- Agora há pouco. Foi tudo muito rápido, não deu para fazer nada. Parece que foi porque andaram aparecendo uns ratos que eles resolveram fazer isso. Mas sempre teve rato. Disseram que ele não podia mais ficar desse jeito e nem guardar as garrafas no pátio, que iria deixar os outros doentes. Por que fizeram isso, Alpheu?*

No contexto contemporâneo, em que as pessoas não esperam mais do Estado as intervenções reformadoras sobre o modo de higiene, sexualidade, natalidade, etc., o indivíduo, cada vez mais, passa a se responsabilizar por sua condição de vida e pela manutenção sanitária da sociedade. Parece que, a partir da impossibilidade de manter uma constante vontade de manter-se sadio dentro dos parâmetros socialmente estabelecidos, os exercícios intervencionistas estariam justificados. Estes não precisam necessariamente ser legitimados por instrumentos do Estado, pelo aparato legal, mas são oriundos da vontade de saúde das pessoas que se sentem expostas aos riscos de adoecer. Assim, o Estado já não ordenaria mais o campo da imanência; o corpo, os afetos, os pensamentos, a criatividade, as imaginações são cooptados por forças abstratas que agem em favor da pretensa proteção da vida (FONSECA et al., 2008:38)

Com a diminuição do aparato institucional continente do Estado, como os hospícios, houveram de se formatar conjunturas sociais baseadas em investimentos individuais de controle para dar conta de tudo aquilo que não poderia ser mais contido dentro dos muros e grades. Agora é como se a sociedade, como um conjunto de pessoas, estivesse pronta para disciplinar, trazer para norma os desviantes. Estaríamos, portanto, diante de uma sociedade que busca ser normalizadora – desejo que provavelmente decorre do efeito histórico das técnicas de poder centradas na vida anteriormente exercidas, que esquadriharam, classificaram e tomaram comportamentos como desviantes e anômalos, arquitetando, desse jeito, um certo modelo de ser humano que deveria ser corrigido, normalizado.

Os medos e as paranoias passam a instituir contextos de exceção, sem local ou direção bem definidos, constituindo um incontável número de inimigos. Como exemplo de inimigo teríamos o “anormal”, aquele que escapa da norma, que ousa desafiar os padrões, que se mostra incapaz de manter-se dentro dos ditames instituídos, seria um mau a ser aniquilado, ou na impossibilidade de aniquilar, reformá-lo para aproximar da normalidade. (FONSECA et al., 2008:38)

Talvez pela introjeção das “leis” que outrora permitiram que atrocidades fossem cometidas com justificativa e amparo legal, vide os manicômios e campos de concentração nazistas – espaços construídos para acolher, disciplinar, interditar e aniquilar a loucura ou diferença –, que hoje, embora convivamos com menos mecanismos externos de segregação, assujeitamento e dizimação, essas práticas não estejam realmente extintas. Elas parecem agora habitar nossos pensamentos, nossas atitudes, nossos corpos; se infiltraram por toda a vida. Os efeitos de verdade e poder dos discursos e práticas biomédicas têm agido como entidades abstratas no cotidiano contemporâneo, atuando na constituição subjetiva que, por vezes, conforma para que se evite a diferença sob a alegação do medo (FONSECA et al., 2008:40).

Esta perspectiva faz ampliar o entendimento sobre o quanto a biopolítica se caracteriza como poder sobre a vida, produzindo arranjos formais e enunciativos que pretende o controle dos corpos, dos estilos de vida e de outros modos de docilizar a vida segundo modulações seguras de existir. O poder se daria por meio de uma série de práticas que configurariam as relações entre os indivíduos, sendo exercido em níveis variados, integrados ou não ao Estado.

O que caracteriza a biopolítica das populações, o biopoder, é a crescente importância da norma, que distribui os vivos num campo de valor e utilidade. A própria lei funciona como norma devido a suas funções reguladoras. Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de técnicas de poder centradas na vida. A principal característica das técnicas de normalização consiste no fato de integrarem no corpo social a criação, a classificação e o controle sistemático das anormalidades. (PORTOCARRERO, 2004 P. 176)

O poder sobre a vida, o biopoder, se manifestaria em uma reformada possibilidade de tratamento moral aplicável e ajustável ao Estado neoliberal, com práticas de exclusão que, em nome da proteção social, estariam fixadas, agora, dentro de cada um de nós. Elas produziriam arranjos de subjetivação que se encarregariam de atuar sobre a linguagem, os corpos, a sexualidade, os desejos, os afetos, etc. Contudo, para o exercício do biopoder, haveria de se preservar as relações móveis e reversíveis, com espaço para que o outro se recusasse a aceitar ou conseguisse estipular

uma estratégia para reverter as forças de imposição exercidas sobre ele. A liberdade seria, então, uma condição fundamental para as relações de poder (PELLIZARDO, 2015:157).

Não havendo a possibilidade de fuga e/ou resistência, estaríamos visualizando relações de dominação, o uso da força e da violência para impor a vontade de um sobre o outro. Assim, poderíamos chamar de microfascismo as práticas de exceção que concernem ao âmbito do micropolítico, práticas que habitam nossos pensamentos, nossas atitudes, nossos corpos, que permitem subjugar o diferente em nome da uniformidade (FONSECA et al., 2008 p.40). Parece que o discurso do risco outrora reverberado pelas biopolíticas tratou de construir muros mentais e materiais entre as pessoas, demarcações que podem configurar uma apropriação indevida da vida do outro, desconfigurando limites de respeito e os direitos de determinados sujeitos. Estes teriam o direito de manterem-se vivos, como qualquer outro ser vivo, mas não poderiam exercer sua vitalidade como um ser qualificado política, econômica e socialmente (FONSECA et al., 2008:33).

Seria lógico pensar que as pessoas, sob a égide do risco e, agora, responsáveis por si, assumiriam as práticas de exceção que anteriormente pertenciam ao Estado a fim de proteger o alienado de si mesmo e os demais dele (FONSECA et al., 2008:38). Isso banalizaria ações de repressão sobre os modos de vida desviantes em prol da materialização da segurança. A sensação do medo talvez possa incentivar e justificar o exercício de práticas contrárias aos direitos e às liberdades individuais, desde que minorem a origem do próprio medo. As pessoas, por conviverem com a sensação subjetiva de medo, estariam envoltas por uma atmosfera propensa à disseminação de algumas ações violentas (CARVALHO, 2009:33).

## 2.2 Nuances do biopoder na Atenção Básica

A propagação de discursos e enunciados da saúde opera nas possibilidades de conduzir a vida individual e social, com a produção de ditames para a proteção da vida que parecem seguir o caminho de uma arte de gestão dos corpos e das populações. Esses efeitos já foram apontados por Foucault ao longo dos séculos XIX e XX e permitiram que uma gama de doenças, desvios e anomalias ligadas ao comportamento passassem a ser classificadas dentro do escopo médico. O viés da higiene pública deveria se interpor para barrar os perigos, exercendo um papel de proteção social contra ameaças diretas e indiretas que a doença poderia provocar (CAPONI, 2009: 530; FOUCAULT, 2001:148). À medida que se estabelece a valorização da vida, vislumbramos, por meio da Promoção da Saúde, uma biopolítica que pretenderia instituir processos para intervir sobre a vida e transformar as percepções em relação às necessidades de saúde.

A partir daí – terceira coisa, acho eu, importante -, “essa tecnologia de poder, essa biopolítica, vai implantar mecanismos que tem certo número de funções muito diferentes das funções que eram as dos mecanismos disciplinares. Nos mecanismos implantados pela biopolítica, vai se tratar sobretudo, é claro, de previsões, de estimativas estatísticas, de medições globais; vai se tratar, igualmente, não de modificar tal fenômeno em especial, não tanto tal indivíduo, na medida em que é indivíduo, mas, essencialmente, de intervir no nível daquilo que são as determinações desses fenômenos gerais, desses fenômenos no que eles têm de global. Vai ser preciso modificar, baixar a morbidade; vai ser preciso encompridar a vida; vai ser preciso estimular a natalidade (FOUCAULT, 2005, p. 293).

Ao se ocupar de gerenciar a vida em toda sua plenitude sob a perspectiva de promover a saúde, o biopoder usa parâmetros de moralidade, cientificidade, religiosidade e economia para a constituição de processos de normalização ou aceitação de estilos de vida que possam interferir no cuidado disponibilizado pelos serviços de saúde.

Adoto o pressuposto de que o biopoder é inerente às biopolíticas, visto que se ocupa de direcionar parâmetros de entendimento sobre o que é saúde e exerce forças que atuam junto aos modos de oferta do cuidado em saúde. Sob essa perspectiva, mostra-se plausível pensarmos a metodologia na qual estão sendo agenciados os cuidados em saúde para a população,

no contexto atual do SUS, por intermédio das Políticas de Promoção da Saúde, mais precisamente na Atenção Básica.

Em 1990, observamos a constituição do SUS, que apresentou um modelo de Atenção Primária à Saúde voltada para o cuidado comunitário. Após quatro anos de efetiva conquista de um sistema universal de saúde, em 1994, houve a implementação do Programa Saúde da Família (PSF), que posteriormente se tornaria uma estratégia para a promoção e atenção à saúde na Atenção Básica, a Estratégia Saúde da Família (ESF), consolidando de vez o método de cuidado a partir do território e população adscritos (BAGRICHESVKY, 2015: 222). De lá para cá, podemos observar um incremento importante de cobertura populacional do modelo territorial de Atenção Básica, já que, segundo dados do Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde<sup>47</sup>, a cobertura populacional passou de 4,40%, em 1998, para chegar a 63,72% ao final do ano de 2015. A partir da presumível intencionalidade por promover saúde, observa-se que foi possível estabelecer uma certa direcionalidade para a elaboração de políticas públicas voltadas para esse fim, como a Política Nacional Humanização das Práticas em Saúde publicada em 2004, a Política Nacional de Atenção Básica de 2006 e a Política Nacional de Promoção de Saúde dos anos de 2006; 2010; 2014. (CARVALHO, S. e GASTALDO, 2008: 2030; BAGRICHESVKY, 2015: 223; PORTO e PIVETTA, 2009: 211).

Estabelecer direcionalidade para as formulações das políticas citadas para a promoção da saúde, por vezes, significa percorrer caminhos marcados pela presença de disputas de forças que pretendem guiar certos modelos de cuidado. Nesse sentido, houve a formulação das políticas do SUS para a Promoção da Saúde em um emaranhado de disputas que pode ter tido, à época, como principais linhas de força as correntes que pretendem seguir o movimento instituinte<sup>48</sup> do SUS que visava promover a saúde a

---

<sup>47</sup> Informações obtidas em 04 de outubro de 2016, em consulta ao relatório de cobertura populacional por Estratégia de Saúde da Família no site:

[http://dab.saude.gov.br/dab/historico\\_cobertura\\_sf/historico\\_cobertura\\_sf\\_relatorio.php](http://dab.saude.gov.br/dab/historico_cobertura_sf/historico_cobertura_sf_relatorio.php)

<sup>48</sup> O SUS, por intermédio dos movimentos sociais organizados, principalmente o da Reforma Sanitária, se estruturou em um ideário ético-político com desejo de promover a saúde da população, almejando uma mudança paradigmática do modelo vigente, anterior a sua instituição que, até então,



partir da redução das inequidades geradas pela pobreza. Por um lado, o Estado assumia um protagonismo nas ações e, por outro lado, percebia-se a aproximação do o ideário internacional<sup>49</sup> de Promoção da Saúde, muito ligado à questão econômica da saúde.

O modelo de atenção à saúde na perspectiva da promoção se fortaleceu nas últimas três décadas, certamente, pela ascendência dos paradigmas desenvolvidos nas conferências internacionais<sup>50</sup> que abordaram a temática. No Brasil, políticas públicas que abordam a Promoção da Saúde foram confeccionadas com a intensão de disponibilizar subsídios, diretrizes e orientações para organizar os modos de atuação dos profissionais e dos serviços de saúde que compõem a rede do SUS. O desenvolvimento dos processos de trabalho em saúde, para atuar à luz da promoção, ocorreu principalmente no âmbito do cuidado comunitário de base territorial (CARVALHO, S. e GASTALDO, 2008: 2030).

O conceito moderno de promoção da saúde, assim como sua prática, surge e se desenvolve de forma mais vigorosa nos últimos 25 anos, em países em desenvolvimento, particularmente no Canadá, nos Estados Unidos e nos países da Europa ocidental. Três importantes conferências internacionais sobre o tema, realizadas entre 1986 e 1991, em Ottawa (1986), Adelaide (1988) e Sundsväl (1991), estabeleceram as bases conceituais e políticas contemporâneas da promoção da saúde. (BUSS, 2009, p. 19)

Com o prestígio atribuído aos paradigmas elaborados pela corrente internacional da promoção da saúde, será possível percebermos como conceitos difundidos por essa vertente ganharam notoriedade no Brasil. O *empowerment* pode ser um exemplo, pois, a partir da década de oitenta, passa a compor o cerne da Promoção de Saúde, sendo compreendido como antítese da noção de incapacidade (*powerlessness*). No Brasil, chegou a ser

---

estava alicerçado em práticas curativas e no estabelecimento de comportamentos individuais para evitar o adoecimento. A superação desse modelo se apoiou na compreensão da saúde como um fenômeno multideterminado, que compreende fatores biológicos e culturais, individuais e coletivos, visíveis e subjetivos. Ao que tudo em dica, pretendia estabelecer um paradigma promotor de saúde atento aos determinantes sociais/ambientais/econômicos no SUS. (FLEURY, 1997:18)

<sup>49</sup> Principalmente, o desenvolvido em países como Canadá e Estados Unidos e os da Europa ocidental, difundido por meio das conferências internacionais de promoção de saúde (I Ottawa, 1986; II Adelaide, 1988; III Sundsväl, 1991; IV Jakarta, 1997; V Cidade do México, 2000; VI Bangkok, 2005; VII Nairóbi, 2009; VIII Helsinque, 2013), que pretendia reduzir os gastos em saúde. (BUSS, 2009: 26)

<sup>50</sup> I Ottawa, 1986; II Adelaide, 1988; III Sundsväl, 1991; IV Jakarta, 1997; V Cidade do México, 2000; VI Bangkok, 2005; VII Nairóbi, 2009; VIII Helsinque, 2013.

traduzido como “empoderamento”, na tentativa de promover uma aproximação com alguns princípios contidos no conceito de *empowerment*, como a participação da comunidade para eleger as prioridades em saúde e realizar a proposição de resoluções para o enfrentamento dos males à saúde (FERREIRA e CASTIEL, 2015: 261).

No transcorrer do tempo, com o fortalecimento desse conceito, um campo de disputa se estabeleceu em torno das possibilidades de se operacionalizar a Promoção da Saúde a partir dessa lógica. Para algumas correntes, o *empowerment* era compreendido como um agente de transformação capaz de modificar panoramas de iniquidades sociais; para outras, era uma forma de camuflar interesses em disputa, podendo até mesmo ser utilizado como mecanismo de regulação e controle social. A heterogeneidade de entendimentos acerca do conceito pode ser atribuída à sua suscetibilidade a sofrer mutação conforme os interesses em disputa e os saberes que são utilizados para fundamentá-lo (CARVALHO S. e GASTALDO, 2008: 2031). Outro fator que ainda poderia interferir na aplicação do *empowerment* como ferramenta para mudanças sociais seriam as formas de pensar e fazer que, via de regra, estão contaminadas pelas relações de poder sociais historicamente consolidadas que facilitam a naturalização e reprodução de desigualdades (CARVALHO S. e GASTALDO, 2008: 2032; FERREIRA e CASTIEL, 2015: 272-273).

Os modos divergentes e conflitantes de interpretar o *empowerment* viabilizaram o surgimento de entendimentos distintos do que versava a Promoção da Saúde pretendida pelo movimento da Reforma Sanitária. Assim, evidencia-se a capacidade do exercício de força da vertente internacional ligada aos países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Austrália e Nova Zelândia, na construção das políticas nacionais para a Promoção da Saúde (CARVALHO S. e GASTALDO, 2008: 2030; CORREIA e MEDEIROS, 2014: 129). O objetivo desse modelo contaminado pelos preceitos internacionais seria prevenir que as doenças apareçam mediante alterações de ambientes e comportamentos na esfera individual. Apesar de estar atento aos modos de vida e sua relação com os

condicionantes e determinantes de saúde, o método proposto manteria como seu objeto central o interesse na doença e os mecanismos para atacá-la, utilizando como trunfo a alteração comportamental (FERREIRA e CASTIEL, 2015: 260-261).

No entanto, nas mesmas políticas públicas, será possível perceber alguns contrapontos de resistência às concepções da vertente internacional da Promoção da Saúde, com a presença de conceitos ligados ao movimento da Reforma Sanitária. Com essa postura, observamos a pretensão de instaurar um modelo de cuidado que estimule a participação comunitária para a definição das prioridades de saúde, capaz de incentivar o desenvolvimento de resistências sobre as concepções de saúde vigentes, principalmente no que tange àquelas arraigadas em um paradigma biomédico, individualizante e biologicista (CARVALHO, S., 2005: 149).

A intencionalidade ligada aos movimentos que fortalecem o SUS seria de estabelecer um modelo de Promoção da Saúde cuja prioridade é a conquista de um nível “ótimo” de vida, que só poderia ser alcançado por meio da alteração das condições sociais, com a participação ativa do Estado e a substituição das tomadas individuais de decisões relacionadas à saúde em ações coletivas que favoreçam qualificar a vida em comunidade. Desse modo, incorpora mais fortemente a dimensão subjetiva e social, trazendo o foco para perto da saúde por meio do afastamento da doença (CARVALHO, S. e GASTALDO, 2008: 2030; CARVALHO, S., 2005: 151; BUS, 2009: 41; CZERESNIA, 2009: 44; CORREIA e MEDEIROS, 2014: 128).

Em meio ao contexto de disputa política, teórica e conceitual pelo campo da Promoção da Saúde, observamos que foi possível produzir práticas no SUS que carregam consigo, concomitantemente, elementos do modelo próximo aos conceitos internacionais e do proposto pela corrente da Reforma Sanitária. Desse modo, poderíamos presumir que se viabilizaram no SUS metodologias para promover saúde a partir de conceitos divergentes quanto a sua corrente ideológica e intencionalidade, desde seu planejamento até a execução, na interação dos profissionais de saúde e dos

usuários. Como resultado desse jogo de disputas, observamos um modelo de Promoção da Saúde que se difundiu por meio da utilização de temáticas prioritárias (incentivo à alimentação saudável, prática corporal/atividade física, prevenção e controle do tabagismo, redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas, entre outras) para, a partir disso, configurar as ações e os métodos com os quais os serviços desenvolveriam seu trabalho junto às comunidades (CZERESNIA, 2009: 44; CARVALHO, S. e GASTALDO, 2008: 2034; PORTO e PIVETTA, 2009: 211).

Elencar prioridades, à primeira vista, aparenta ser um processo lógico em um sistema público que tem como pretensão propiciar melhora na condição de saúde para a população em geral. Além disso, mesmo existindo uma relação desigual de poder entre os profissionais de saúde e os usuários, ainda seria possível criar e configurar relações que servissem de algum modo para promover a saúde, tanto no âmbito individual quanto no coletivo. Contudo, Foucault alerta que, por vezes, sistemas de saúde que têm como alvo a população como um todo acabam por se configurar, mediante uma análise mais profunda em relação às intencionalidades, como instrumentos de controle, principalmente no que tange à submissão da população mais pobre às forças de dominação (1982:56). Nesse sentido, parece ser possível visualizar a existência de determinados pressupostos que convergem para o exercício de práticas sutis de controle sobre os indivíduos e coletivos. Essa Promoção da Saúde constituída por meio das políticas públicas se configuraria como um exercício biopolítico. Para isso, se utilizaria de estratégias que visam promover a saúde através de metodologias que talvez se configurem como exercícios disciplinadores, que poderiam angariar condições de produzir processos de subjetivação.

Foucault descreve a biopolítica como um meio de intervenção social/estatal que, em um primeiro momento, pode parecer uma demonstração de cuidado com a população, mas cujo domínio de forças visa à regulamentação dos modos de viver, sendo, portanto, uma tecnologia de controle (FOUCAULT, 2000:298) com o intuito de lidar com as doenças que seriam permanentes na sociedade, que atuam subtraindo as forças de

trabalho, aumentando os custos econômicos – devido à produção não realizada no campo do trabalho e aos tratamentos dispendiosos. Por intermédio das biopolíticas, seriam introduzidos mecanismos sutis para racionalizar economicamente a assistência à saúde (2000, 290-291). Seria uma tecnologia de controle mais sofisticada que os mecanismos anteriormente produzidos com o intuito de disciplinamento sobre o corpo individual, com a formação de órgãos complexos de coordenação e de centralidade que atuam no nível da população estabelecendo mecanismos regulamentadores.

O exercício do poder disciplinador da biopolítica se conformaria em biopoder. A incidência do biopoder sobre a sociedade possivelmente colaborou para que não houvesse mais a restrição aos espaços delimitados<sup>51</sup> para as práticas disciplinares, podendo agora ser difundido na sociedade como um todo (Foucault, 2000:298). O repertório de ações em saúde produzidos e legitimados por meio das biopolíticas poderiam se constituir, em certa medida, como estratégias de biopoder que vislumbram governar condutas. Os projetos políticos para o governo da população, por vezes, estariam camuflados em projetos que preservam um tom pacificador, prometendo acolher a diversidade para possibilitar a criação de consensos rápidos, o que pode ser o caso da Promoção da Saúde: prometer saúde pode ser capaz de apaziguar tensões sociais (LEMOS, 2014: 08). Dessa forma, exercer controle sobre a população estaria vinculado à preservação do tom mais ameno em relação às reivindicações coletivas por melhorias dos fatores sociais (acesso à renda, moradia, saneamento básico, etc.) que, ao cabo, se apresentam como condicionantes de saúde (CARVALHO, S. e GASTALDO, 2008: 2035; CZERESNIA, 2009: 53).

O exercício de um controle disciplinar sobre a população pode ocorrer por meio de diferentes tecnologias de medicalização, como a gestão do comportamento e das relações humanas, a prescrição de fármacos, os exercícios corporais, as práticas educativas e o que mais for possível de ser utilizado para esse fim (DELEUZE, 1992: 220). Da mesma maneira, a

---

<sup>51</sup> Escolas, hospícios, quartéis, etc.

política de Promoção da Saúde apresenta a intencionalidade de guiar os modos de levar a vida a partir do regramento do comportamento, ditando regras e condutas para se manter saudável, o que às vezes se demonstra como uma estratégia moralizante e culpabilizadora (CARVALHO, S., 2005: 100; TESSER, 2006: 350-351; PORTO e PIVETTA, 2009: 211; BAGRICHEVSKY, 2010: 1700).

Por essa perspectiva, poderiam ser criadas condições para que os atos de não seguir as orientações propostas pelos serviços de saúde fossem compreendidos como transgressão. A não adaptação aos modos de vida orientados adquiririam potência para marginalizar e culpabilizar o indivíduo sobre o seu processo de saúde-adoecimento diante da escolha por certos comportamentos, colaborando, assim, para o regramento dos modos de vida por meio das biopolíticas (CARVALHO, S. e GASTALDO, 2008: 2035).

### **Vestígio 7:**

*Tarde de terça-feira. Iniciava-se mais uma reunião de equipe em uma ESF. Estavam presentes todos da equipe da ESF (as quatro ACS, a médica, a enfermeira, o dentista, as técnicas de enfermagem, a auxiliar de saúde bucal), eu e uma colega do Nasf e, ainda, duas acadêmicas de enfermagem que estavam na unidade para um período de estágio.*

*Todos acomodados, cadeiras bem próximas umas das outras formando um círculo, sala cheia. Inicia-se a reunião. Em poucos minutos, memorandos lidos, apresentações realizadas, vamos aos casos.*

*A enfermeira começa dizendo que era muito bom nós do Nasf estarmos ali, pois ela gostaria de compartilhar o caso de uma gestante que a equipe estava com muitas dificuldades para fazer o acompanhamento pré-natal.*

*- Não sei mais o que fazer, ela não fez nenhuma consulta pré-natal. Não sabemos nem ao certo quantas semanas ela está; não fez os testes rápidos<sup>52</sup>. A Ana tem uns 30 anos, parece que está na nona gestão, mas não tem nenhum filho com ela. Tem uns filhos que estão*

---

<sup>52</sup> HIV e Sífilis, para maiores informações acessar:  
[http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape\\_redecegonha.php?conteudo=teste\\_rapido\\_balancas](http://dab.saude.gov.br/portaldab/ape_redecegonha.php?conteudo=teste_rapido_balancas)

*na casa de passagem<sup>53</sup> e outros com alguém da família. Sei de dois que moram com os pais dela.*

*Durante o relato, começo a perceber um burburinho, algumas frases soltas como:*

- Assim é fácil fazer filho!*
- Só faz filho para os outros cuidarem!*

*Em meio às frases ditas sem a intenção de contribuir na discussão do caso, o relato continua:*

*- Ela é usuária de crack. Fica na rua. Parece que às vezes vai em casa para tomar um banho e comer alguma coisa. Recentemente teve algum desentendimento com os familiares, que agora não estão mais deixando ela entrar em casa, aí ela come no portão. Não sei ao certo o que aconteceu, acho roubou algumas coisas da residência. Nós já tentamos de tudo, a ACS vai lá para buscá-la para vir até o posto. Eu e a médica já fomos lá na beira do valão falar com ela, mas ela diz que está bem, concorda que vai vir aqui na unidade e não apreço. Já combinamos que ela pode ser atendida a hora que vier, que é só chegar aqui que atendemos.*

---

<sup>53</sup> A casa de passagem se refere a uma organização não governamental de caráter filantrópico que acolhe crianças de 0 a 16 anos de forma provisória, a partir de uma medida protetiva de acolhimento institucional, devido ao abandono ou a casos em que as famílias estão impossibilitadas de cumprir sua função de cuidado e proteção, conforme rege o Estatuto da Criança e Adolescente – ECA (ECA, Art. 101).



*Nessa altura, a reunião já estava tomada por um burburinho que não permitia que seguissemos discutindo o caso. As frases de preocupação com a criança e de repúdio ao comportamento da gestante se multiplicavam nos comentários paralelos.*

*Aos poucos, parece que um certo o sentimento comum se estabeleceu. Haveríamos de encontrar algum modo de intervir. Era preciso proteger a criança que estava por nascer.*

*A enfermeira, colega de trabalho há alguns anos, companheira de casos difíceis, coordenadora da equipe, me olha, eleva o tom de voz para poder ser escutada e me pergunta:*

*- E aí, o que a gente faz?*

*O silêncio toma conta. Senti que não era uma pergunta que exigisse uma resposta pronta, uma solução. Era mais em tom de pedido de ajuda, de cumplicidade profissional para compartilhar sentimentos e dúvidas e, claro, tentar pensar em alguma alternativa de cuidado. Percebi o quanto aquela situação mobiliza as integrantes da equipe.*

*Respondi:*

*- Pois é, não sei. Acho que temos que tentar tudo de novo. Eu venho, vamos juntos, e vamos ver o que acontece. Quem sabe tentamos fazer mais algumas abordagens e tentativas de convidá-la para vir até a unidade. Se avaliamos que é necessário que seja*

*internada, será mais rápido se ela mesma quiser isso. Pela experiência em outros casos, se fomos fazer internação judicial ou involuntariamente a nosso pedido ou da família, demorará um tempo maior. Quem sabe tentamos chamá-la aqui e fazemos tudo de novo? Nesse meio-tempo, já vamos articulando com a família a questão da internação involuntária ou judicial. Mas temos que ser firmes. Vamos deixar claro que, se ela não vier às consultas de pré-natal, nós vamos interná-la. Pode ser?*

*A enfermeira responde:*

*- Vamos tentar. É o que nos resta. Vamos lá, tudo de novo. Marta (ACS), amanhã tu conversa com ela e combina o dia. Durante essa semana, passamos na casa da família também para conversar sobre a internação. Outra coisa: se no dia que ficar marcado ela não vier para o atendimento, vamos lá. Pode ser?*

*- Sim, sem problemas - respondi.*

*- Para vocês, que dia fica bom de atender?*

*Combinações feitas. Agora era esperar o dia do atendimento e torcer para que ela viesse.*

*Na semana seguinte, no dia combinado, chegamos para a interconsulta. A ideia era fazer uma escuta e, após, realizar a primeira*

*consulta pré-natal. Não demora muito, a ACS Marta avisa que Ana chegou para o atendimento.*

*- Ela está aqui! Nem acredito que ela veio desta vez!*

*Ana entra na sala, desconfiada, acanhada, com um olhar que produzia empatia. Logo que entra, dá bom dia com a voz baixa, quase não se houve. Dou bom dia, peço para que sente. Começo a conversa:*

*- Que bom que tu vieste. Nós te convidamos para vir aqui na unidade hoje para ver se poderíamos ajudar em alguma coisa, se tu estás precisando de algum cuidado em relação à tua saúde.*

*Assim que termino de falar, Ana responde:*

*- Eu sei que vocês não estão nem aí para mim. Estão preocupados em cuidar só dele (apontando para a barriga).*

A sutileza que deveria estar posta para o encontro, estava desfeita. A mulher que estava nesse momento da sua vida gestante descortinava o modo como estávamos operando. O cuidado que iria ser proposto tinha, sim, como intenção primeira proteger a vida que estava em seu ventre. Antes de assumir a condição de gestante, não houveram aproximações para a oferta de cuidado, pelo menos não com a mesma intensidade e mobilização. Parecia que apenas ficou visível para o serviço de saúde a partir da gestação.

Essa situação em que as mulheres ganham notoriedade após tornarem-se gestantes pode ser decorrente das metas estabelecidas para os serviços de saúde. As ESF, por exemplo, devem iniciar o acompanhamento das gestantes mesmo antes delas procurarem a unidade de saúde, alcançar a cobertura total de todas as gestantes cadastradas em seu território, ofertando o mínimo de seis consultas pré-natais, que devem iniciar até a quarta semana de gestação, etc. (BRASIL, 2012:38). Ao apontar para barriga, Ana parecia apontar para sua disposição de resistir ao exercício de um cuidado estabelecido, em alguma medida, para o cumprimento de metas e que pretendia forjar as condutas que ela deveria seguir durante esse período de sua vida.

Não se trata, aqui, de negar todos os benefícios do cuidado e acompanhamento pré-natal, mas sim de lançar luz sobre a maneira de atuar do biopoder na produção da subjetividade voltada para a adoção de comportamentos, o que fortalece a impressão do viés moralizante e culpabilizador sobre os que “ousam” seguir uma vida que se afasta das diretivas estabelecidas como preservadores dos hábitos saudáveis, provocando riscos de adoecimento (CASTIEL, 2003:91). De fato, estávamos ali para lhe propor a adoção de comportamentos estabelecidos como condizentes com sua situação de gestante, ou seja, longe dos riscos para si ou para o bebê, o que extirparia das suas possibilidades a manutenção do consumo de substâncias psicoativas pelo menos até o momento do parto.

O interesse político e econômico na sobrevivência da criança certamente poderia ser visto como um dos motivos pelos quais se apresentam aparelhos tecnológicos de vigilância familiar (FOUCAULT, 2001, p.323). A Atenção Básica poderia consistir em um desses aparelhos, ainda mais quando percebemos o modo de atuação das ESF em relação às gestantes.

A ESF tem por característica manter “visível” a vida de pessoas pertencentes a algum recorte social de seu interesse para planejar estratégias e táticas a fim de acompanhar, ou até mesmo controlar, os modos de levar a vida. A materialização dos possíveis mecanismos de controle poderia ser observada por meio do conjunto de tecnologias produzidos, como a caderneta da gestante, a carteira de vacinação, os sistemas de informação, etc. O aparato tecnológico estaria encarregado de visibilizar para aproximar da norma, fazer com que vidas situadas em determinados extratos sociais sejam anexadas a determinados domínios de intervenção mediante os quais se deseja controlar a diferença que ameaça a uniformidade (WEBER, 2006:62).

A propagação de técnicas de poder centradas na vida, as biopolíticas e o biopoder, se somariam às normas sociais e, desse modo, tentariam situar as mulheres grávidas em determinados campos de valores e utilidades. Com o advento da maternidade, desde seus primeiros instantes, exige-se das futuras mulheres-mães a assunção de comportamentos preconcebidos, com mostras de amor incondicional pela cria. Assim, a levaria a uma transformação da mulher, extinguindo desejos e comportamentos que, para uma mãe, pudessem parecer sórdidos. A mulher-mãe seria representada pela pureza e assepsia e seria dotada de sentimentos ternos que lhe dariam forças para superar qualquer adversidade oriunda da tarefa de cuidar dos filhos.

...[e Deus disse: ] Quando eu criei a mulher, tinha de fazer algo muito especial. (...). Dei a ela uma imensa força interior, para que pudesse suportar as dores da maternidade (...). Dei-lhe a fortaleza que lhe permite continuar sempre a cuidar da sua família, sem se queixar, apesar das

enfermidades e do cansaço, até mesmo quando outros entregam os pontos!  
(MEYER, 2003, p. 33)<sup>54</sup>

As mulheres, ao estarem grávidas ou ao se tornarem mães, são atravessadas por forças enunciativas que se localizam no discurso do senso comum e, por isso, norteiam muitos dos processos de Educação e Saúde. Estes produzem, repetem e atualizam como a mulher-mãe é ou deve ser, e seus argumentos são reforçados pela autoridade científica concedida aos profissionais dessas áreas. Ao que parece, a lógica imperativa do biopoder atuaria com a pretensão de educar e assistir as mulheres grávidas para que deem à luz e criem os seus filhos (ARAUJO; MANDU, 2015:1140).

Poderíamos verificar representações e efeitos do discurso que normatiza a maternidade em materiais produzidos a partir de políticas públicas. Via de regra, esses materiais colocam em circulação formas de viver a vida, em todos os seus momentos, a partir de um modelo biomédico com orientações educativas e de conduta relativas ao cuidado com a saúde (DURO, 2002:17). Vejamos a passagem a seguir da caderneta da gestante disponibilizada na Atenção Básica do SUS:

Agora seu bebê está a caminho e vocês dois vão passar muito tempo juntos. Ao longo desses nove meses seu corpo vai se modificar lentamente, se preparando para o parto e maternidade. Enquanto o bebê se desenvolve, você também cresce como mulher. A gravidez lhe dará confiança e força para o parto e para cuidar do bebê. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2014, pg. 03)

Seria possível perceber que a noção mulher-mãe supõe que, independentemente das condições sociais em que essa mulher vive e dos problemas que enfrente, poderá reunir forças para superá-los em nome da criação do filho, adotando os preceitos recomendados para a manutenção da saúde no presente com a promessa de que no futuro será possível conquistar uma vida longe das doenças. Ao imprimir direcionalidades nas escolhas da futura mãe a fim de evitar comportamentos que ponham em risco sua saúde ou a do bebê seria um expoente dos modos sutis de atuação do biopoder, que espera exercer forças sobre a futura mãe de modo

---

<sup>54</sup> Excerto de um texto sem autoria que circulou em listas de endereços eletrônicos, reproduzido pela autora em sua produção teórica para problematizar as representações e identidades de mãe que estão sendo produzidas e/ou vinculadas nos programas de educação em saúde voltados para à população materno-infantil.

que ela reúna condições para adotar condutas "equilibradas e saudáveis" que preservem a vida, se abstendo de substâncias psicoativas, café, álcool, chá, fumo, alguns alimentos industrializados, além de manter um comportamento longe de sentimentos de estresse, angústia ou tristeza (MEYER, 2003:37-38).

Durante a gestação, o desenvolvimento do bebê e todos os aspectos do comportamento da mulher são minuciosamente monitorados pelos serviços de saúde, que geralmente alicerçam a sua metodologia de cuidado em práticas que informam, aconselham, orientam, direcionam, tendo em vista o que "é melhor para o seu bebê" (MEYER, 2003:38). Assim, se constituem redes de poder que lançam mão de artifícios como o monitoramento das mulheres mães a partir de programas de saúde que as posicionam em torno de eixos como saudável/doente, norma/risco. Desse modo, se conectam as dimensões da cultura que definem o modo como deve ser a maternidade a partir de conhecimentos educacionais, médicos, psicológicos, jurídicos, etc. (MEYER, 2003:38).

(...) sistemas simbólicos através dos quais os significados de maternidade - que permitem às mulheres entender suas experiências e definir o que elas devem ser, fazer e sentir enquanto mães - são construídos. Está implícita, aqui, a importante premissa de que características anatômicas como ter ou não ter mamas e útero, funções biológicas como a capacidade de engravidar ou de produzir e secretar leite, comportamentos e sentimentos de doação, cuidado ou amor ilimitados, usualmente inscritos no corpo feminino ou colados à maternidade não têm, em si mesmos, qualquer significado fixo, final e verdadeiro, mas são produzidos e passam a significar algo específico no interior de culturas específicas. (MEYER, 2003, p. 41)

Para além disso, Meyer destaca que todas as representações de mulher e/ou maternidade confeccionam sentidos que atuam disputando entre si, deslocando, potencializando ou extinguindo convergências, conflitos e divergências entre diferentes discursos e identidades. Algumas dessas representações, em determinadas configurações de poder, angariam condições de reconhecimento científico e/ou se transformam em senso comum de tal modo que deixamos de reconhecê-las como representações (2003:42). Por essa perspectiva, elas passariam a funcionar, num dado contexto histórico e cultural, como sendo a melhor ou a verdadeira maternidade, potente para se transformar em referência das ações

assistenciais e educativas em saúde. As que escapam dessa representação seriam classificadas e valoradas como maternidades de risco ou maternidades desviantes.



### ***Vestígio 8:***

*Estamos andando pela rua, eu, um colega do CAPS-II e uma ACS. Rumamos a uma casa para realizar um atendimento domiciliar. Quando estamos quase chegando, passamos a escutar gritos, apenas gritos, sem nenhuma tentativa de formulação de palavra. À medida que caminhamos, os gritos parecem ficar mais fortes, até que, ao dobrar a esquina, do outro lado da rua, atrás de uma cerca de madeira, é possível ver uma senhora e uma moça muito agitada, que caminha de um lado para o outro e grita. Pergunto à ACS se ela as conhece, e de pronto ela responde:*

*- Conheço, sim. Essa guria que está gritando é a Gabriele. A senhora que está ali é a mãe. A Gabriele estava frequentando a APAE, mas, sabe como é, muito difícil de levar ela de ônibus. Faltava às consultas e, por isso, acabou perdendo os atendimentos.*

*Seguimos andando, nos aproximamos mais, e os gritos seguem. Pergunto aos colegas se podemos falar com ela antes de irmos à visita planejada para ver se está tudo bem ou se precisam de algum auxílio.*

*Chegamos ao portão:*

*- Bom dia. Sou o Alpheu, trabalho ali no posto de saúde. Está tudo bem?*

*A senhora responde:*

- Não, não está! Eu tenho essa minha filha com problema. Os atendimentos dela eram lá na APAE, mas perdemos. Agora ela está sem remédio. Fui ali no postinho e não tinha médico, não consegui renovar a receita. Tu vê, com remédio já é agitada, sem é impossível, é isso que tu estás vendo, dia e noite, ninguém aguenta!

Aviso a senhora que já tem um médico na unidade de saúde.

- Senhora, já tem um novo médico lá agora. Teria como levar a Gabriele ao posto para ver isso? A senhora consegue ir daqui a pouco lá, ainda hoje?

- Vou, sim!

- Nós temos que fazer uma visita agora, então não vou conseguir conversar com a senhora, mas combinamos que a senhora vai lá e resolve o problema das medicações. Daí outro dia eu volto aqui e conversamos e tentamos ver outras coisas para ajudar a senhora. Pode ser?

- Pode sim, muito obrigado! Tchau!

- Tchau!

Seguimos na direção da casa da visita, mas o assunto agora é sobre Gabriele e sua mãe.

Conta a ACS:

- Sabe, ela bebe, daí perdia a hora de levar Gabriele lá na APAE. Acho que foi por isso que perdeu os atendimentos. Mas o pior tu não sabes. Ela tem outro filho, um gurizinho, mais novo, que também tem problema. Pelo menos esse a irmã leva lá nos atendimentos.

- Bah! Que coisa. Quem sabe discutimos em reunião de equipe essa família. Mas daí, quando voltarmos agora, já falamos um pouco com a Tina (enfermeira da unidade), para caso ela (a mãe) vá agora de tarde resolver a questão dos remédios. Aí já dá para ver bem certinho como estão os atendimentos da menina.

- Acho bom mesmo conversar com a equipe. O pessoal é novo e, como ela fazia os atendimentos em outro lugar, não a conhecem ainda.

Ao retornar para a unidade de saúde, no final da manhã, procuro a enfermeira da ESF para contar do que havia ocorrido. Ela propõe que discutamos o caso em conjunto com o médico que estava há poucos dias trabalhando na unidade de saúde, pois assim ele já ficará conhecendo um pouco das demandas que o território apresenta.

Conversamos brevemente (o professor de Educação Física do Nasf e ACS, a enfermeira e o médico da ESF) e combinamos que, caso a mãe vá no turno da tarde, será atendida e, se não comparecer, algum profissional da unidade de saúde irá até a casa dela acompanhado da ACS para verificar como a família está.

*No dia seguinte, fico sabendo pela enfermeira que a mãe procurou a unidade de saúde e que a menina foi atendida e estava medicada. Combinamos que, na próxima reunião, com a presença de uma colega do Nasf, se discutirá novamente o caso. A intenção é construir ou retomar o projeto terapêutico.*

*Alguns dias depois, final de tarde, quase hora de ir embora, estou na sala do Nasf quando retorna minha colega da reunião de equipe da ESF. Haviam discutido o caso como planejado.*

*- Alpheu, falamos sobre o caso da menina aquela e da sua mãe. A menina tem um diagnóstico de autismo, por isso estava sendo atendida na APAE. Parece que perdeu os atendimentos por não comparecimento. Falaram que, durante um período, teve transporte da prefeitura, mas agora estava sendo levada de ônibus. A mãe contou que não conseguia levá-la para os atendimentos. O motivo seria as “manias” da Gabriele. Diz que, quando a menina avista algum panfleto, se agita até pegar. Caso não deixe, já começa a gritar.*

*- Daí, já viu, cada vez que saía de casa com a menina, demorava um tempão, pois a guria passava nas cercas das casas pegando as propagandas. Em relação à bebida, disse que tomava principalmente à noite para poder dormir. O médico já prescreveu um remédio para ela dormir. Quem sabe agora deixe de recorrer à bebida. Moram na residência ela, a filha, o filho e o marido, que sai muito cedo para*

*trabalhar e volta só à noite. Então os cuidados da casa e dos filhos são só com a mãe. Segundo a ACS, não se consegue falar com o pai. O trabalho dele é informal, ganha por dia, então não pode faltar. Sem chances de falar com ele junto.*

*- Não vai ser fácil!*

*- Pensamos que a menina poderia retomar os acompanhamentos no serviço especializado. Só tem que ver essa coisa de ela levar a filha. Fiquei de ligar e ver uma data para o primeiro atendimento lá. Pode ser?*

*- Sim, vamos fazer esses contatos. Acho que podíamos voltar lá na casa para conversar com ela e ver a menina.*

*Durante a discussão do caso com outros pontos de atenção da rede de saúde, percebemos que existe uma situação ambígua no contexto familiar. Percebíamos, no âmbito da Atenção Básica, se tratar de uma família que não estava conseguindo lidar com as questões de saúde da filha do modo como os serviços e saúde propunham, mas que havia um empenho e afeto para o cuidado.*

*Já os demais pontos de atenção (saúde e assistência social) compreendiam a situação como caso de negligência, em que a mãe não se organizava para cumprir as combinações e, em decorrência disso, não*

*teria condições de cuidar de modo minimamente adequado das necessidades impostas pelo contexto de saúde.*

*Em determinado momento, após escutar alguns trabalhadores que acompanharam o caso, passamos a compreender que estamos lidando com uma família que já percorre a rede de saúde e assistência social há algum tempo. Há um histórico de cuidado, com inúmeras tentativas de se manter uma rotina de atendimento, mas, até então, não havia sido possível.*

*O motivo apontado para o insucesso de se estabelecer um acompanhamento constante era atribuído à mãe, que não conseguia manter o que era combinado em relação à presença nos atendimentos. Apesar dos serviços e de seus profissionais investirem esforços para auxiliar, não conseguiam perceber eficácia de suas intervenções.*

*Diante do não efeito das medidas adotadas até então, já havia um direcionamento para que a mãe deixasse de ser responsável legal, passando a tutela para o Estado.*

*Alguns dias após colher essas informações, realizamos a visita domiciliar como havíamos planejado.*

*Ao chegar na frente da casa, paramos na cerca de madeira e eu e a colega batemos palma para chamar a atenção. A mãe olha pelo vão da porta que está aberta e diz:*

- Oi, são vocês, podem entrar.

Alguns passos pelo pátio, e estamos na porta da casa feita de madeira. A ACS acabou não entrando, pois foi chamada por outra morada para conversar. Olho para o interior da moradia, percebo que os raios de sol passam por entre as frestas da parede. A casa tem duas peças divididas por alguns tecidos que parecem lençóis presos em um varal. Do lado de cá está a peça com o refrigerador, o fogão e uma pia; ao lado do fogão, está o vaso sanitário, sem nenhuma divisória. Ao fundo, do lado de lá dos lençóis, alguns colchões no chão, um do lado do outro, e uma televisão. Não há cadeiras, mesas ou camas. Parece mesmo que o banheiro é somente aquele vaso sanitário ao lado do fogão. Olhando com um pouco mais de atenção, percebo que o vaso está sobre um buraco no assoalho. Imagino que os dejetos caem direto em baixo da casa. Reparo no balde com água colocado ao lado; presumo que é para ajuda a escorrer.

Fico com receio de entrar, pois o assoalho da casa parece muito frágil. Estou parado na porta, impactado com as condições de moradia da família, enquanto minha colega dá um ou dois passos para dentro e pergunta:

- Como estão as coisas?

- Desde que ela voltou a tomar o remédio, melhorou, está mais tranquila, mas ainda não pode ver um papel na cerca que já quer pegar

*(risos). Mas tento fazer o que me ensinaram, tento ser firme, não deixar ela fazer tudo o que quer quando quer. É isso, né? Foi o que me falaram lá [no serviço especializado de saúde]. Mas não vou mentir. Às vezes eu não aguento e deixo ela ir lá buscar o papel, para ela não ficar gritando.*

*Minha colega responde:*

*- Sim, isso mesmo. E a senhora, como está?*

*- Sabe que estou melhor. Aquele remédio me deixa mais calma, quase nem tenho mais bebido, só de vez em quando, para acompanhar meu marido.*

*- E em relação aos atendimentos da Gabriele, que a senhora não está levando?*

*- Eu não consigo sair com ela. A Gabriele grita e fica todo mundo olhando. Vê os papeis, sai andando e não volta, quer pegar, não tem jeito. Olha o tamanho dela. Eu faço o que posso por ela, mas eu não consigo levar. Não é fácil, tem dias que acho que não vou mais aguentar! Eu sou a melhor mãe que posso ser, mas tem coisas que me pedem, que não consigo fazer.*



Apesar de não possuir todas as informações dos atendimentos progressos realizado à família, em especial os que centralizavam na figura da mãe a efetivação do PTS da Gabriela, como poderia duvidar que estava diante de uma mulher que tentava reunir forças para cuidar, ao seu modo, da melhor forma possível da filha?

A partir da captação dos elementos possíveis desse ocorrido, passei a supor que o jeito encontrado por essa mulher-mãe para dar conta do cuidado com a filha não satisfazia os requisitos de ser mãe formulados a partir de um complexo sistema discursivo e não discursivo, que atua na sociedade construindo a representação de como deve agir uma mulher para se configurar como mãe. Parece haver, nos dias de hoje, uma investida sobre a família, mas sobretudo sobre o papel da mãe. O modelo de ESF, que tem como mote principal o cuidado da família compreendida como o conjunto de pessoas que residem em um mesmo espaço unidas por laços afetivos, pode estar atuando de modo a propagar, em toda a capilaridade do tecido social ao seu alcance, noções de como as mulheres devem agir quando posicionadas como mães.

Tal perspectiva de atuação do setor da saúde não seria novidade. Foucault alertou para a investida da racionalidade médica sobre a família em meados do século XIX, quando se impôs aos pais o estabelecimento de uma relação com seus filhos similar à do médico com o doente. Assim, os pais deveriam possuir habilidades para serem agentes de saúde e, ao menor sinal de alerta, deveriam buscar a instância do saber profissional. Isto é, essa relação estaria subordinada à intervenção médica – entrava em cena uma família medicalizada (FOUCAULT, 2001, p.317).

A racionalidade biomédica reuniria condições para posicionar as pessoas em diferentes arquétipos, sobretudo as mulheres como mães e/ou nutrizes e cuidadoras. Ao mesmo tempo, proporcionaria uma gama de respostas a fim de possibilitar que essas mulheres entendessem aquilo que são ou o que devem fazer como mães. Por meio disso, poderiam se construir enunciados como, por exemplo, o de que ser mãe é praticar um

amor desmedido ou abnegado, é ser capaz de sempre extrair forças para superar os percalços impostos pela vida, tendo como norte a ótima criação dos filhos. Desse modo, as mulheres-mães que, por um motivo ou outro, não conseguem se enquadrar na definição de maternidade esperada ou considerada normal, seriam vistas como desviantes, um risco. Elas possuiriam vínculos mãe-filho inadequados, que precisariam ser foco dos programas de saúde a fim de buscar um determinado modo de exercer seu papel.

Os pais têm de cuidar dos filhos, os pais têm de tomar conta dos filhos, nos dois sentidos: impedir que morram e, claro, vigia-los e, ao mesmo tempo, educa-los. A vida futura das crianças está nas mãos dos pais. O que o Estado pede aos pais, o que as novas formas ou as novas relações de produção exigem e que a despesa, que é feita pela própria existência da família, dos pais e dos filhos que acabam de nascer, não seja tornada inútil pela morte precoce dos filhos. A família tem de se encarregar, por conseguinte, do corpo e da vida dos filhos - essa e certamente uma das razões pelas quais se pede que os pais deem uma atenção contínua e intensa ao corpo dos filhos. (FOUCAULT, 2001, p.323)

Esses cuidados em saúde estariam apoiados em uma biopolítica normatizadora que, ao que tudo indica, cria condições para que se instale um cenário que desconsidera a heterogeneidade de possibilidades de vida, a pluralidade das escolhas que são possíveis para cada pessoa ou grupo e/ou pelas condições sociais preestabelecidas. Assim, podem provocar a fixação de soluções simplistas para as intervenções no processo de saúde-adoecimento-cuidado, com ofertas reducionistas e, às vezes, até mesmo vinculadas a interesses ideológicos e/ou de mercado (BAGRICHEVSKY, CASTIEL, VACONCELO-SILVA e ESTEVÃO, 2010: 1701; NEVES, 2015: 448).

Foucault demonstra a atuação da biopolítica e do biopoder no nível micro, atuando sobre as famílias, ao mencionar que educar para a vida precisa obedecer um certo arranjo de racionalidade que se submete a um conjunto de regras que visa à sobrevivência da criança, garantindo o desenvolvimento normalizado. Quem deteria o poder para operar essas regras seriam os saberes médicos (os profissionais da saúde de modo geral) e os saberes pedagógicos, que balizariam e sobrepujariam a própria família (FOUCAULT, 2001:324).

Pode-se presumir que essas propostas para a elaboração de ofertas de cuidado estão vinculadas a uma concepção de responsabilidade individual ou familiar na qual “bastaria querer” para obter “melhora” na condição de vida/saúde. Assim, seria possível perceber algumas semelhanças ou aproximações com as orientações voltadas para o “empoderamento”, o conceito de *empowerment*, com o incentivo à utilização de estratégias de aconselhamento, divulgação\informação e ações educativas/legais e jurídicas para alcançar seu objetivo, diluindo a participação efetiva do Estado nas transformações sociais e resolução de inequidades.

No atual contexto, ainda existe a dominância de um paradigma biomédico norteador da promoção da saúde que, em certa medida, induz ao estabelecimento de uma compreensão sobre o processo saúde-doença que culpabiliza individualmente quem não se cuida ou, então, não zela pelo filho do modo que é orientado pelo paradigma dominante. Por vezes, será possível observar que a mãe pode ser tratada como inapta para ofertar o cuidado (DURO, 2006:399). Esse modelo de cuidado que investe sobre a pretensa falta de capacidade das mães de exercerem o cuidado dos filhos levaria à produção de uma série de artefatos pedagógicos e de saúde para determinar o que é ser mãe e estabelecer a relação mãe-filho a partir de um regime de vigilância e regulação (MEYER, 2003:34). Não se trata, de modo algum, de desprezar os avanços conquistados pela ESF no cuidado às crianças, mas chamar a atenção para como suas práticas de cuidado podem estar inscrevendo nos corpos femininos concepções ideológicas do modo que deve ou não ser operada a maternidade (DURO, 2006:399).

Na conformação da maternidade na sociedade, as biopolíticas e, sobretudo, o biopoder se apresentariam como estratégias que atuam sobre a vida e vão além do registro da consciência ou da ideologia, intercedendo diretamente no âmbito somático, corporal e biológico das pessoas. Segundo Foucault (1976), exercer formas de poder sobre a vida seria possível por meio da vigilância exacerbada dos cuidados com a saúde, legitimando intervenções que avançam na direção da captura dos processos sociais.

A Estratégia de Saúde da Família, em certa medida, poderia ser compreendida como uma tecnologia que oferece vigilância e se dispõe a assumir práticas de saúde e pedagógicas que pretendem a gestão biopolítica do corpo social. Haveria a intenção de propagar os saberes constituintes de uma racionalidade de promoção da saúde, prevenção de doenças, assistência e reabilitação, com prioridade para a população pobre (WEBER, 2006:139), isto é, ela almejaria conduzir a população que tem menos acesso a renda e a bens de consumo para uma vida com mais saúde, reduzindo ou minimizando o risco para si e para os outros.

Nesse sentido, as práticas de saúde vão adquirindo premissas para se firmar como uma doutrina moral que determina as possibilidades de viver a vida. Assim, ela atuaria no âmbito do senso comum, seria produzida por forças sutis e polimorfas que se inserem na sociedade e assumem potência suficiente para nortear os processos educativos por meio dos quais compreendemos o que somos (mulher, mãe, homem, pai, hetero/homo/transsexual, criança, etc.) e como nos qualificamos (bom, ruim, competente, incompetente, digno, etc.).

Ao que parece, a ESF e o Nasf configuram-se como dispositivos que dispõem de um certo poder para gerir a vida, propagando o biopoder. Eles operariam na atenção primária a partir de uma perspectiva de saúde que englobaria várias dimensões da vida (lazer, nutrição, planejamento familiar, sexualidade, etc.). Suas práticas, possivelmente impregnadas pelo biopoder, se conformariam como produtoras de modos de subjetivação capazes de constituir regimes de verdade que atuam com a pretensão de fazer a gestão das pessoas que estão sob o seu campo de cuidado.

### **3. Considerações parciais e provisórias:**

Na impossibilidade de findar de modo derradeiro, procurarei tecer algumas considerações possíveis para o fechamento desta pesquisa, ainda que de modo provisório.

Iniciei a pesquisa buscando localizar os vestígios do processo de medicalização contando algumas memórias de uma vida formativa e uma atuação profissional que, de algum modo, me levaram a produzir uma dissertação que buscasse problematizar essa temática. Ao revisitar o primeiro acontecimento, a experiência vivida no grupo de educação em saúde para as pessoas com diabetes, me parece possível perceber que as ações em saúde estariam impregnadas por orientações de condutas homogeneizantes e normatizadoras que não dariam conta de ofertar o cuidado necessário para proteger, de fato, a saúde daquelas pessoas, responsabilizando-as por seu processo de adoecimento de um jeito que poderia gerar estigmatização, angústia, ansiedade, sofrimento e culpa caso não adotassem todas as medidas orientadas para reverter ou abrandar sua situação. Na cena seguinte, relacionada à visita domiciliar, seria possível perceber como as noções de bem-estar e qualidade de vida se conectam com os discursos biomédicos que pretendem promover a normatização das condutas e a docilização dos corpos. A intencionalidade parece ser extirpar da vida os comportamentos que poderiam vir a ameaçá-la, não havendo pudor ao cercear os prazeres da vida que poderiam ser entendidos como algozes da saúde.

Já na segunda seção<sup>55</sup> da primeira parte, quando contextualizo o cenário no qual estou inserido para realizar a pesquisa, trago uma experiência vivida que, a partir do pedido do usuário de saúde para “ir para a vida”, me convidou a uma reflexão sobre como os serviços de saúde estariam ofertando possibilidades de produção de vida a partir da disponibilização do cuidado. Foi possível notar que as tecnologias de cuidado, mesmo quando voltadas para a produção de potência de vida como a clínica ampliada, podem acabar produzindo formas de disciplinamento e normatização da vida de modo que fique restrita aos “limites do circuito da saúde”. Desse modo, tentei demonstrar que seria necessário operar o cuidado na lógica do governo de si, na perspectiva proposta pela noção produzida por Foucault, pois viabilizaria ao sujeito que está sendo cuidado

---

<sup>55</sup> As paisagens que possibilitaram os encontros e as percepções dos vestígios de medicalização da vida.

experimental o ato de colocar em prática aquilo que pensa, falar e viver fora das normas recomendadas (2004:490).

Para que o cuidado na lógica do governo de si seja possível, parece ser importante que o indivíduo, posto no papel de cuidador, esteja atento às ações de saúde propostas, consiga produzir afastamentos que possibilitem uma visão crítica e se mantenha alerta quanto aos riscos de estar próximo da paixão pelo poder, agenciando a vida do outro em busca da manutenção da saúde.

Ao que percebo, não seria tarefa fácil atuar por essa metodologia de cuidado, já que a atenção à saúde disponibilizada na lógica da Estratégia de Saúde da Família parece guardar consigo certa paixão pelo poder. O modelo atual de Atenção Básica, ao que parece, apresenta tecnologias para o cuidado capazes de borrar os limites para ressignificar e refundar a permissibilidade quanto à disponibilização do cuidado em saúde. O limite do cuidado ofertado pela ESF foi justamente a problematização proposta pelo vestígio seguinte, localizado no segundo<sup>56</sup> capítulo, que procura aproximar de um modo mais contundente a medicalização da vida das metodologias de atuação do modelo da estratégia de saúde da família por meio de equipamentos como ESF e Nasf.

Tal modelo, enquanto biopolítica, conta com um *status* de legalidade respaldado pelo senso comum e o bom senso, o que implica a confecção de fronteiras, construindo ou destruindo barreiras mentais na sociedade e conseguindo estabelecer parâmetros do que passaria a ser aceitável como área de atuação dos seus profissionais. Por meio de um aparato tecnológico de cuidado (sistemas de informação, indicadores epidemiológicos, carteiras de vacinação, cadastramento da população, etc.), essa estratégia de saúde da família se configuraria como um dispositivo biopolítico capa de conduzir e propagar intervenções na vida das pessoas de modo a balizá-las pela normalidade. Assim, observamos o avanço de um modelo de cuidado capaz

---

<sup>56</sup> Estratégia de Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família: Aproximações com a medicalização da vida no contexto da Atenção Básica.

de entrar na casa das pessoas, de corpo e alma<sup>57</sup>, para propor determinados cuidados com sua saúde ou com a de terceiros.

Desse modo, foi possível localizar técnicas disciplinadoras, centradas no corpo individual, pelo contato direto ou pela observação expressa e contínua de recortes específicos da população. A ESF, como equipamento de saúde, em conjunto com o Nasf, desenvolve, cria/inventa ações no espaço geográfico de certas comunidades e, ainda por meio de estratégias de persuasão, consegue entrar na casa das famílias e verificar os modos de existir. Observa-se aqui um modelo de saúde que se ocuparia de intervir na vida para transformá-la e impor-lhe normas que podem dizer respeito ao exercício da sexualidade, à alimentação, à moradia, ao lazer, enfim, uma gama variada de elementos que compreendem a vida, para que sejam modificados a fim de preservar a saúde ou, então, abdicados.

Em seguida, ao trazer a seção da medicalização da vida, tento apontar para possíveis efeitos de verdade e poder dos discursos atrelados às práticas biomédicas que atuam sobre as pessoas fornecendo valores para as experimentações e disponibilizando elementos para expressarem o julgamento de si, predominantemente a partir da linguagem e dos valores biomédicos. À vida, com seus prazeres e seus desgostos, estaria vinculado um constante processo de subjetivação implicado por formulações subjetivas de regras de biossociabilidade, que enfatizariam mecanismos de cuidados corporais, médicos, higiênicos e estéticos para a construção de identidades pessoais.

A presença da retórica biomédica disseminaria possibilidades de operar a vida cotidiana, distribuindo valores sociais e culturais para negar ou permitir experiências com nosso corpo. Não ceder às tentações, manter-se firme em uma vida abnegada de alguns prazeres, como no caso dos alimentos ricos em sabores, parece próximo ao discurso religioso – em troca de uma vida longe dos pecados, promete-se um lugar no paraíso. Exercitar o autocontrole, afastando-se de alguns prazeres, tentações, “pecados” da

---

<sup>57</sup> O corpo seriam seus profissionais de saúde, enquanto a alma poderia ser compreendida como os discursos que assumem status de verdade no que diz respeito à preservação da saúde.

vida, levaria a conquistar uma melhor condição de saúde. Nesse sentido, o discurso da saúde, muito em função da lógica do risco, passaria a se inserir por toda a sociedade por meio da propagação de seus enunciados como verdades. Assim, conseguiria exercer pulsos de tensão para atuar sobre as condições e as possibilidades que se estabelecem para que sejam exercidas as escolhas do processo de viver.

Tentei apontar para a importância de se observar o modo como os discursos de risco e de proteção à saúde podem atuar na elaboração das vontades de se manter saudável e, também, na formulação de pretextos para defender intervenções que procurem conformar/adequar os modos de vida desviantes que talvez ameacem sua saúde ou a de terceiros. Para tanto, apresentei o sexto vestígio, cuja problematização envolveu relacionar a medicalização da vida com os medos e as paranoias que passam a instituir cenários de exceção, sem local ou direção definidos.

O contexto neoliberal atual, no qual as pessoas são convidadas a realizar investimentos individuais para dar conta daquilo que, em momentos anteriores, ficava a cargo do aparato institucional do Estado, pode ser potente para que hajam manifestações com a pretensão de dominação e aniquilação daquele que passa a ser visto como anormal, perigoso. As pessoas, talvez contaminadas pelo discurso biopolítico e tocadas por manifestações de biopoder, agora se veem induzidas a agir por conta própria, sem esperar pelos recursos do Estado. Desse modo, passariam a se autorizarem a tentar disciplinar e normalizar aquele que escapa da norma, que ousa desafiar os padrões, que se mostra incapaz de manter-se dentro dos ditames instituídos. No entanto, distantes do aparato legal, as ações que visam à normalização podem assumir o caráter de aniquilamento, o estabelecimento de relações de dominação de um sobre o outro, abrindo espaço para o aparecimento de ações tomadas pela violência.

Tentei demonstrar como os discursos de risco que às vezes são reverberados pelas biopolíticas caracterizam-se como biopoder ao provocarem uma crescente normatização das condutas e poderem ser



percursores de ações de aniquilamento da diferença. As manifestações do biopoder consistiriam em possibilitar a penetração, na sociedade, da classificação e do controle sistemático das anormalidades. Assim, formou-se uma atmosfera envolvida por aparatos políticos, tecnológicos, éticos e morais da área da saúde que pode ser vital no que tange à potencialização de algumas sensações de medo provenientes das possíveis práticas ou comportamentos que colocariam a saúde em risco. Essa sociedade normatizadora, portanto, seria fruto do efeito histórico de técnicas de poder centradas na vida (PORTOCARRERO, 2004:176).

Na última seção,<sup>58</sup> me ateno tratar de algumas nuances do poder que atuam sobre a vida alegando promover/proteger a saúde e fazem uso de parâmetros de moralidade, cientificidade, religiosidade e economia, entre outros, para a instituir processos de normalização na Atenção Básica.

Argumentei que o aparato tecnológico do modelo de Estratégia de Saúde da Família, amparado por biopolíticas, produziria efeitos de biopoder com potência suficiente para o governo das condutas. O biopoder seria utilizado como estratégia “sutil” de controle e prática de poder, na tentativa de transformar os modos de se levar a vida, impulsionar os modos de existir para que sejam condizentes com a preservação/promoção da saúde. Para isso, se constituiriam redes de poder que atuariam para a formatação de certas representações do que é ser saudável de acordo com a identidade assumida ou imposta a partir de processos classificatórios, balizados pelo repertório de conhecimento biomédico.

Para demonstrar tal efeito, problematizei duas situações que, a partir de ações da saúde, posicionaram a mulher-mãe em torno de eixos como saudável/doente, norma/risco, apta/inapta. Tentei demonstrar como os sentidos confeccionados a partir das representações, em determinadas configurações de poder, adquirem condições para serem reconhecidas no âmbito da atuação da saúde, mas, sobretudo, como elas se transformam em senso comum, formatando essas identidades, conectando os ditames biomédicos, educacionais, psicológicos e jurídicos, além das dimensões da

---

<sup>58</sup> Nuances do biopoder na Atenção Básica.

cultura, para definir o modo como deve ser a maternidade e a conduta da mulher-mãe. Essas representações passariam a funcionar, em um dado contexto histórico e cultural, como sendo a melhor ou a verdadeira forma de experimentar a vida.

O modelo de Estratégia de Saúde da Família, em certa medida, poderia ser compreendido como uma faceta de uma tecnologia que colabora para a construção das representações, já que espraia seu discurso biomédico por meio da oferta de práticas pedagógicas de saúde. Além disso, exerce vigilância sobre as pessoas e grupos específicos que compõem seu território de atuação, o que, provavelmente, lhe dá status para propagar e fortalecer uma doutrina moral da saúde que penetraria o âmbito do senso comum. Dessa forma, esse modelo colabora para que atos de não adotar os preceitos orientados sejam pretextos para culpabilizar e estigmatizar os indivíduos, como no caso do último vestígio, no qual, ao não conseguir adotar os projetos terapêuticos orientados, uma mulher-mãe foi posicionada como incapaz de cuidar da filha.

Para o desfecho da dissertação, compartilho uma última cena experimentada.

*Uma lembrança:*

*Era fevereiro. Não lembro o dia da semana, mas recordo que fazia muito calor. Estava realizando uma visita domiciliar – uma história bem parecida com a do vestígio 3. Fui até a casa para começar a construir um vínculo com o Max, um rapaz de 30 anos que, segundo informações dos familiares, não saía de casa por conta própria há muitos anos.*

*Chego na casa. A mãe dele já nos esperava, no pátio. Peço licença, abro o portão e vou entrando. Breves cumprimentos, e a senhora fala baixinho:*

*- Entra lá, vai falar com ele. Está ali no quarto depois da sala.*

*Entro devagar na casa e logo vejo um cômodo escuro; não podia ver se havia alguém lá dentro, ou a disposição dos objetos pela falta de luminosidade.*

*Com receio de entrar, paro uns segundos e tenho a ideia: vou dar “oi” daqui e esperar para ver se recebo um convite.*

*- Oi, Max!*

*Logo escuto:*

*- Oi. Pode entrar, estou aqui.*

*Três ou quatro passos, estou dentro do quarto. Alguns instantes para a visão se acostumar com a falta da luz e, então, consigo passar a enxergar um vulto, sentado.*

*- Pode sentar nessa cadeira do teu lado.*

*Olho para baixo, tem uma cadeira ao meu lado mesmo. Sento e logo me apresento.*

*- Sou o Alpheu, trabalho ali na unidade de saúde. Vim ver como tu estás.*

*- Tem que dizer que está tudo bem, não é?*

*- Acho que não. Pode falar que não está, se preferir.*

*Silêncio... Tento retomar a conversa.*

*- Tu ficas sempre aqui no quarto e no escuro?*

*- Sim, a maior parte do tempo. Às vezes vou ali na sala.*

*Passa mais um tempo e a visão se acostuma com o escuro. Começo a ver o contorno dos objetos que estão na peça e, então, a fazer uma espécie de reconhecimento do espaço. Lá pelas tantas, me deparo com a silhueta de uma bicicleta encostada na parede. Meio sem pensar, exclamo:*

*- Tem uma bicicleta ali?*

- Sim.

- É tua?

- Sim.

- Sabe que eu ando de bicicleta aqui em Sapucaia? Deixo ali perto da estação e, quando chego de trem, pego ela para vir até os postos de saúde.

- Legal.

- Deixa eu ver?

- Sim.

Max levanta e abre a janela do quarto. Ao entrar a claridade, posso visualizar a bicicleta. Estava muito limpa. Então pergunto:

- Tu lavas ela?

- Sim, toda a semana. Cuido muito bem dela.

- E tu andas também?

- Não, nunca ando, mas lavo sempre.

- Olha só, eu ando sempre de bicicleta e não lavo nunca. Quem sabe combinamos de eu vir aqui com a minha, aí lavamos as bicicletas juntos e andamos?

- Lavar pode ser, sim, mas ir na rua andar não prometo.

- Combinado. Lavamos e depois resolvemos se andamos ou não.

Conversamos mais uns minutos e nos despedimos. Na outra semana, como combinado, fui até a casa para lavar a bicicleta. Não andamos nesse dia, mas programamos de andar nas próximas semanas.

Mais alguns encontros aconteceram, e chegou o dia de passear de bicicleta. Paro no portão, Max está no pátio me esperando com a bicicleta dele. Ao me ver, vai logo avisando:

- Não lembro quando foi a última vez que saí de casa por vontade minha.

- Tu sabes andar de bicicleta?

- Sim, claro que eu sei!

- Então está bom. Vamos devagar para tu veres se mudou alguma coisa, se as coisas estão diferentes. Pode ser?

- Pode, sim.

Saímos a pedalar. Logo que dobramos a rua, Max me conta:

- Eu estudei naquele colégio lá da esquina.

- No colégio onde fica a unidade de saúde?

- Não, não tinha isso na minha época.

Chegamos mais perto, e Max comenta, surpreso:

- Como mudou o colégio, nossa. E tem mesmo a unidade de saúde ali.

Seguimos o caminho, e diversas vezes Max chama a atenção para alterações na paisagem. Depois de alguns minutos, retornamos para sua casa. Ao chegarmos, pergunto:

- E aí, o que achou?

- Foi estranho. Tudo o que eu conhecia estava lá, mas está tudo diferente agora. As coisas se transformaram.

Ao lembrar desse episódio, mas principalmente da passagem em que Max chama a atenção para o fato de que as coisas que ele conhecia permaneciam no mesmo lugar mas haviam se transformado, penso que seria possível transferir, em certa medida, essa percepção para o fenômeno da medicalização. Quer dizer, a medicalização sempre esteve e muito provavelmente sempre estará no mesmo lugar, inserida nas práticas de cuidado à saúde, se transformando, assumindo novas roupagens, cooptando e envolvendo até mesmo as práticas que pretendem se opor à medicalização.

A medicalização muito provavelmente se salvaguardará devido à sua capacidade de transmutação e por ser uma forma de poder que se apresenta e se exerce de maneira positiva, investindo cada vez mais na vitalidade social, intensificando e otimizando a vida ao mesmo tempo que a monitora pelos entremeios, por dentro, dirigindo-a e integrando-a aos seus elementos de governamentalidade. A medicalização não é mais um poder que se limita a reprimir: pode, até mesmo, intensificar e incitar a vida, prometendo-lhe a liberdade e a emancipação, mas no fim, acaba aprisionando.



#### 4. Referências:

ALVARENGA, C.; PARAVIDINI, J.L.L. Acompanhamento Terapêutico (AT) e Saberes Psicológicos: Enfrentando a História. **Gerais: Revista Interinstitucional de Psicologia**, 1 (2). 2008. 172 – 188.

ARAUJO, Naira Bueno; MANDÚ, Eneir Nei Teixeira. Construção Social De Sentidos Sobre A gravidez-maternidade entre adolescentes – **Texto & Contexto- Enfermagem**, Florianópolis, 2015 Out-Dez; 24(4): 1139-47. <http://dx.doi.org/10.1590/0104-0707201500000450015>

ASSIS, MMA. et al. orgs. **Produção do cuidado no Programa Saúde da Família: olhares analisadores em diferentes cenários** [online]. Salvador: EDUFBA, 2010. 180 p. ISBN 978-85-232- 0669-7.

BAGRICHEVSKY<sup>1</sup>, Marcos; ESTEVÃO, Adriana; PALMA, Alexandre. **A saúde em debate na educação física – volume 3** / organizadores Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão, Alexandre Palma – Ilhéus : Editus, 2007. ISBN 978-85-7682-238-7.

BAGRICHEVSKY<sup>2</sup>, Marcos; CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto and ESTEVAO, Adriana; PALMA, Alexandre. Sedentário ‘sem-vergonha’, saudável ‘responsável’? problematizando a difusão do ‘estilo de vida ativo’ no campo sanitário. **A saúde em debate na educação física – volume 3** / organizadores Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão, Alexandre Palma – Ilhéus : Editus, 2007. ISBN 978-85-7682-238-7.

BAGRICHEVSKY, Marcos; CASTIEL, Luis David; VASCONCELLOS-SILVA, Paulo Roberto and ESTEVAO, Adriana. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2010, vol.15, suppl.1, pp.1699-1708. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232010000700081>.

BARROS II, João Roberto. Técnicas de si nos textos de Michel Foucault a influência do poder pastoral. **Cadernos IHU ideias** Ano 10 – Nº 173 – 2012. ISSN: 1679-0316.

BECK, Ulrich. **Sociedade de risco: rumo a uma outra modernidade**/ Ulrich Beck; Tradução de Sebastião Nascimento – São Paulo: Ed. 34, 2010. 368 p.

BILIBIO, L.F.S. **Por uma alma dos serviços de saúde para além do bem e do mal: implicações micropolíticas à formação em saúde**. Tese (Doutorado em Educação). Universidade federal do Rio Grande do Sul, 2009. 191p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. **Cadernos de Atenção Básica, n. 39** – Brasília: Ministério da, 2014. 116 p.: il.

BRASIL. **Lei 10216, de 06 de abril de 2001**. Publicada no Diário Oficial da União em 09 de abril de 2001.

BRASIL. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, 2002a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 154, de 24 de janeiro de 2008**.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. **Clínica ampliada e compartilhada** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **O trabalho do agente comunitário de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2009A.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **HumanizaSUS: política nacional de humanização: documento base para gestores e trabalhadores do SUS** / Ministério da Saúde, Secretaria-Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. – 2. Ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. **Portaria nº3124 GM/MS**, de 28 de dezembro de 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 160 p.: il. **Cadernos de Atenção Básica, n. 36**. ISBN 978-85-334-2059-5

BRASIL. Portaria Interministerial MEC/MS nº 16, de 22 de dezembro de 2014. **Diário Oficial da União**; Poder Executivo, Brasília, DF, 23 dez. 2014. Seção 1, p.21-22

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta da Gestante. 2. Ed.** – Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde.

Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) **Cadernos de Atenção Básica, nº 32**. ISBN 978-85-334-1936-0

BUSS, Paulo Marchiori. Uma Introdução ao Conceito de Promoção de Saúde. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. ver. e amp. /organizado por Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

CAMARGO JR, Kenneth Rochel de. As Armadilhas da “Concepção Positiva de Saúde”. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, vol. 76, n.1, p.63-76, 2007.

CAPONI, Sandra. Biopolítica e medicalização dos anormais. **Physis** [online]. 2009, vol.19, n.2, pp.529-549. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312009000200016>.

CANGUILHEM, Georges. **O normal e o patológico**. Tradução de Mana Thereza Redig de Carvalho Barrocas; revisão técnica Manoel Barros da Motta; tradução do posfácio de Piare Macherey e da apresentação de Louis Althusser, Luiz Otávio Ferreira Barreto Leite. - 6.ed. rev. - Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2009.

CARDOSO, Raquel Vaz. **Medicalização e o cuidado em saúde na estratégia de saúde da família**. Dissertação de mestrado Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Ciências Médicas. Campinas, SP: [s.n], 2014.

CARROZZO, N. Equipe de Acompanhantes Terapêuticos do Hospital Dia A Casa. (Org.), **Crise e cidade: acompanhamento terapêutico** (pp. 11-15). São Paulo: Hucitec, 1997.

CARVALHO, Yara Maria de. Saúde, Sociedade e vida: um olhar da Educação Física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Campinas, v.27, n.3, p.153-168, 2006.

CARVALHO, Sérgio Resende. 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, setembro, 2004.

CARVALHO, Sérgio Resende. **Saúde Coletiva e promoção de saúde: sujeito e mudança**/ Sergio Resende Carvalho. – São Paulo, Editora Hucitec, 2005.

CARVALHO, Sérgio Resende e GASTALDO, Denise. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciênc. saúde coletiva** [online]. 2008, vol.13, suppl.2, pp.2029-2040. ISSN 1413-8123. <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232008000900007>

CARVALHO, Raohael Boldt. **Mídia, legislação penal emergencial e direitos fundamentais**. Dissertação de mestrado FDV/Direito. 2009

CASTELLANOS, Marcelo Eduardo Pfeiffer. A narrativa nas pesquisas qualitativas em saúde. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2014, vol.19, n.4, pp.1065-1076. ISSN 1678-4561. <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232014194.12052013>.

CASTIEL, L. D. e ALVAREZ – DARDET, C. (Pré)culpa, responsabilidade individual e regulação moral. **A saúde persecutória: os limites da responsabilidade**. / Luis David Castiel e Carlos Álvarez – Dardet Diaz. – Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. 136p

CASTIEL, L. D. Utopia/atopia - alma ata, saúde pública e o “Cazaquistão”. **Revista Internacional Interdisciplinar INTERthesis**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 62-83, dezembro, 2012.

CASTIEL, L. D. “Quem vive mais, morre menos? ” Estilo de risco e de Promoção de Saúde. **A saúde em debate na educação física**/Marcos Bagrichevsky, Alexandre Palma e Adriana Estevão (orgs.) Blumenau (SC): Edibes, 2003. 191p.

CECCIM, Ricardo Burg; FEUERWERKER; Laura C. M. O Quadrilátero da Formação para a Área da Saúde: Ensino, Gestão, Atenção e Controle Social. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, 14(1):41- 65, 2004.

CECILIO, Luiz Carlos de Oliveira. O "trabalhador moral" na saúde: reflexões sobre um conceito. **Interface (Botucatu)** [online]. 2007, vol.11, n.22, pp.345-351. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832007000200012>.

CORREIA, Maria Valéria Costa; Medeiros, Silvana Márcia de Andrade. As bases da Promoção de Saúde nas Conferencias internacionais e a Reforma Sanitária brasileira: concepção do processo de saúde. **Por uma crítica da promoção de saúde: contradições e potencialidades no contexto do SUS**/ Maria Dalva Horácio da Costa, Kathleen Elane Leal Vasconcelos – São Paulo: Hucitec, 2014.

CORREIO, C. F. R.V. Michel Foucault: A Genealogia, A História, A Problematização. **PROMETEUS** - Ano 7 - Número 15 – Janeiro-Junho/2014 - E-ISSN: 2176-5960

CUNHA, Maria Isabel da. Conta-me agora! As narrativas como alternativas pedagógicas na pesquisa e no ensino. **Rev. Fac. Educ.** [online]. 1997, vol.23, n.1-2, pp.-. ISSN 0102-2555. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-25551997000100010>

CZERESNIA, Dina. O conceito de Saúde e a Diferença entre Prevenção e Promoção. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. ver. e amp. / organizadores Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009.

DAMICO, José Geraldo; BILIBIO, Luis Fernando. Experimentação e encontro intercessor: produzindo pistas para a Educação Física na Saúde Mental. **Saúde coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**/Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevam (org.). – Ilheus, Ba: Editus, 2015. 542 p.

DELLEUZE, Gilles. **Conversações, 1972-1990**/ Gilles Deleuze; Tradução Peter Pál Pelbart – São Paulo: ed. 34, 1992. 232 p. (Coleção Trans)

DURO, Carmen Motin. **Concepções de maternidade e de cuidado infantil de um grupo de mães da Vila Cruzeiro do Sul/POA - RS**. Porto Alegre: UFRGS, 2002. Dissertação. (Mestrado em Enfermagem). Escola de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2002.

DURO, Carmen Motin. Concepções de maternidade e de cuidado infantil de mães e profissionais de enfermagem. **Rev Gaúcha Enfermagem**, Porto Alegre (RS) 2006 set;27(3):398-407.

ESPOSITO, Roberto. A Biopolítica e os Enredos Imunitários. **Das Loucuras da Razão ao Sexo dos Anjos: biopolítica, hiperprevenção, produtividade científica**. /Luiz David Castiel, Javier Sanz – Valero e Paulo Roberto Vasconcellos – Silva. – Rio de Janeiro, Editora FIOCRUZ, 2011.

FAVORETO, César Augusto Orazem; CAMARGO JR., Kenneth Rochel de. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do Programa de Saúde da Família como uma proposta transformadora do modelo assistencial. **Physis** [online]. 2002, vol.12, n.1, pp.59-75. ISSN 1809-4481. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312002000100005>.

FERREIRA, Marcos Santos; CASTIEL, Luis David. Promoção da saúde, empowerment e o discurso da vida ativa. **Saúde Coletiva: dialogando sobre interfaces temáticas**. / Organizadores Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão. – Ilhéus, Ba, 2015.

FLEURY, Sonia. A questão democrática na saúde. **Saúde e democracia: a luta do CEBES**/Sonia Fleury (organizadora). — São Paulo: Lemos Editorial, 1997.

FONSECA, Tania Mara Galli et al. Microfascismos em nós: práticas de exceção no contemporâneo. **Psicol. clin.** [online]. 2008, vol.20, n.2, pp.31-45. ISSN 0103-5665. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-56652008000200003>.

FORTES, ROGERIO COSTA. **Humano, demasiado orgânico: problematizações acerca do imperativo do sujeito cerebral**. Dissertação de Mestrado Acadêmico. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Escola de enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Porto Alegre, RS, 2015.

FOUCAULT, M. **Em defesa da sociedade: curso no Collège de France (1975-1976)**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do Poder.** Organização e introdução de Roberto Machado. 3.ed. Rio de Janeiro: Graal, 1982.

\_\_\_\_\_. **Os anormais: curso no Collège de France (1974-1975)** / Michel Foucault: Tradução Eduardo Brandão. São Paulo: Martin, Fontes. 2001. - (Coleção tópicos)

\_\_\_\_\_. Sobre a História da sexualidade. In: \_\_\_\_\_. **Microfísica do poder.** Rio de Janeiro: Graal, 2000.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso.** Aula inaugural no Collège de France, pronunciada em 2 de dezembro de 1970; tradução: Laura Fraga de Almeida Sampaio. Ed. Loyola, São Paulo, 1996.

\_\_\_\_\_. Vigiar e punir: o nascimento da prisão; tradução Raquel Ramallete. Petrópolis, Vozes, 1987. 288p.

\_\_\_\_\_. **História da sexualidade I: a vontade de saber,** tradução de Maria Thereza da Costa Albuquerque e J. A. Guilhon Albuquerque. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1988.

\_\_\_\_\_. **O nascimento da clínica/** Michael Foucault; tradução Roberto Machado. - 7.ed.- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2015.

\_\_\_\_\_. **Anti-Édipo: uma introdução à vida não-fascista.** Em: Escobar, C. H. *Dossier Deleuze* (pp. 81-84). Rio de Janeiro: Hólon Editorial, 1991.

\_\_\_\_\_. **Ética, sexualidade, política/** Michael Foucault: Organização e seleção de textos Manuel da Motta; tradução Elisa Monteiro, Inês Autran Dourado Barbosa. – 2ed. – Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

\_\_\_\_\_. **Arqueologia do Saber/** Michael Foucault; tradução Luiz Felipe Beata Neves - 7.ed.- Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2008

\_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito/** Michel Foucault: edição estabelecida sob adireção de François Ewald e Alessandro Fontana, por Frédéric Gros; tradução Márcio Alves da Fonseca. Salma Tannus Muchail. - 2' ed. - São Paulo: Martins Fontes, 2006. - (Tópicos)

FRAGA, Alex Branco. **Exercício da informação: governo dos corpos no mercado da vida ativa/** Alex Branco Fraga – Campinas, SP: Autores Associados, 2006. ISBN 85-7496-169-8

GASTÃO, W. S. C. Equipes de referência e apoio especializado matricial: um ensaio sobre a reorganização do trabalho em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, 4(2):393-403, 1999

GAUDENZI, P.; ORTEGA, F. O estatuto da medicalização e as interpretações de Ivan Illich e Michel Foucault como ferramentas conceituais para o estudo da desmedicalização. **Interface – Comunicação, Saúde e Educação**, v.14, n 40 p. 21-34, 2012.

GOFFMAN, E. **Manicômios, prisões e conventos**. São Paulo: Perspectiva, 1974. 320 p.

ILICH, Ivan. **A expropriação da Saúde: Nêmeses da medicina**; tradução José Kosinski Cavalcanti – 3ª edição – Rio de Janeiro – RJ: Nova Fronteira s.a., 1975.

KLEIN, C.; DAMICO, J. G. S.. O uso da etnografia pós-moderna para a investigação de políticas públicas de inclusão. In: Dagmar Estermann Meyer; Marluçy Alves Paraíso. (Org.). **Metodologias de pesquisas pós-críticas em Educação**. 2 ed. Belo Horizonte, 2014, v. 1, p. 65-88.

KUNZ, ELENOR. “Ministério da Saúde adverte: Viver é prejudicial à saúde”. In: **A saúde em debate na educação física – volume 3** / organizadores Marcos Bagrichevsky, Adriana Estevão, Alexandre Palma – Ilhéus : Editus, 2007. ISBN 978-85-7682-238-7.

LEMO, F. C. S.; CRUZ, F. F.; SOUZA, G. S. S.. Medicalização da produção da diferença e racismos em algumas práticas educativas pacificadoras. **Revista Profissão Docente**, v. 14, p. 07-20, 2014.

LÓPEZ, Graciela Lima. O método etnográfico como um paradigma científico e sua aplicação na pesquisa. **Textura**, n.1, 2º semestre 1999, p. 45-50.

LUZ, Madel T. Educação Física e saúde coletiva: papel estratégico da área e possibilidades quanto ao ensino na graduação e integração na rede de serviços públicos de saúde. **Educação física e saúde coletiva: políticas de formação e perspectivas de intervenção**/ organização Alex Branco Fraga e Felipe Wachs. – 2. Ed. – Porto Alegre: editora da UFRGS, 2007.

LUZ, Madel. T. Contribuição do conceito de racionalidade médica para o campo a saúde: estudos comparativos de sistemas médicos e práticas terapêuticas. **Racionalidades médicas e práticas integrativas em saúde: estudos teóricos e empíricos**/ organização Madel T. Luz e Nelson. F. Barros – Rio de Janeiro: UERJ/IMS/LAPPIS, 2012.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. Por uma clínica da expansão da vida. **Interface (Botucatu)** [online]. 2009, vol.13, suppl.1, pp.515-521. ISSN 1807-5762. <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-32832009000500004>.

MACHADO, Leila Domingues; LAVRADOR, Maria Cristina Campello. As políticas que incidem sobre a vida. **Estudos e pesquisas em psicologia**, UERJ, ano 10, N.1, P.118-133, 1º quadrimestre de 2010. <http://www.revispsi.uerj.br/v10n1/artigos/pdf/v10n1a09.pdf>

MACHADO, Roberto. **Ciência e Saber**: a trajetória da Arqueologia de Michel Foucault – 3.ed. ver. e ampliada. Rio de Janeiro: Jorge Zahar Ed., 2006. ISBN 85-7110964-8

MERHY, Emerson Elias. **A perda da dimensão cuidadora na produção da saúde uma discussão do modelo assistencial e da intervenção no seu modo de trabalhar a assistência Sistema Único de Saúde em Belo Horizonte** – Reescrevendo o Público; Ed. Xamã; São Paulo, 1998.

MERHY, E.E. **Saúde a cartografia do trabalho vivo**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec, 2002.

MEYER, Dagmar Estermann. Educação, saúde e modos de inscrever uma forma de maternidade nos corpos femininos. **Rev. Movimento**, v.9, n. 3, p. 33-58, set./dez. Porto Alegre. 2003.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. - 8. ed. - São Paulo: Hucitec, 2004. 269p.

NIETZSCHE. F. W. Aurora. Escala – Editora, 2007.

ONOCKO CAMPOS, Rosana Teresa; FURTADO, Juarez Pereira. Narrativas: utilização na pesquisa qualitativa em saúde. **Rev. Saúde Pública [online]**. 2008, vol.42, n.6, pp.1090-1096. Epub Sep 11, 2008. ISSN 1518-8787. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102008005000052>.

PALMA, Alexandre; Estevão, Adriana; Bagrichevsky, Marcos. Considerações teóricas acerca das questões relacionadas à Promoção da Saúde. **A saúde em debate na educação física** / Marcos Bagrichevsky, Alexandre Palma, Adriana Estevão (orgs.) Blumenau (SC) : Edibes, 2003. 191p. ISBN: 85-88929-03-1

PALOMBINI, Analice de Lima. Acompanhamento terapêutico: dispositivo clínico-político. **Psyche (São Paulo)** [online]. 2006, vol.10, n.18, pp. 115-127. ISSN1415-1138.

PELBART, Peter Pal. **Viver não é sobreviver: para além da vida aprisionada**. III Seminário Internacional A Educação Medicalizada: reconhecer e acolher as diferenças. Rede Humaniza SUS. São Paulo, SP, 2013. <http://www.redehumanizasus.net/63611-viver-nao-e-sobreviver-para-alem-da-vida-aprisionada-peter-pal-pelbart-primeira-parte>

PELLIZARDO, Nilmar. Michel Foucault: um estudo do biopoder a partir do conceito de governo. **PERI – revista de filosofia**. Florianópolis, SC. 2013, vol.05, n. 01, pp155-168. ISSN 2175-1811

PORTO, Marcelo Firpo de Souza; Pivetta, Fatima. Por uma Promoção de Saúde Emancipatória em Territórios Urbanos Vulneráveis. **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2.ed. ver. e amp. / organizadores



Dina Czeresnia e Carlos Machado de Freitas. – Rio de Janeiro, Editora Fiocruz, 2009

SALVATO, Marcio Antonio; FERREIRA, Pedro Cavalcanti Gomes e DUARTE, Angelo José Mont'Alverne. O impacto da escolaridade sobre a distribuição de renda. **Estud. Econ. [online]**. 2010, vol.40, n.4, pp.753-791. ISSN 0101-4161. <http://dx.doi.org/10.1590/S0101-41612010000400001>.

SANTOS, Mara Lisiane de Moraes. O NASF em cena: tecnologias e ferramentas de trabalho no cotidiano das equipes/Mara Lisiane de Moraes Santos, Vera Lúcia Kodjaoglanian; Fernando Pierette Ferrari, organizadores. – Porto Alegre: Rede Unida, 2016. – 178 p. – **Cadernos de Saúde Coletiva** ; 7 Edição Temática NASF ISBN 978-85-66659-53-5 DOI 10.18310/9788566659535

SCLIAR, M. História do conceito de saúde. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, abril, 2007.

SILVA, T. M. Michel Foucault: As Palavras e as Coisas Organização: Kelin Valeirão e Sônia Maria Schio–Pelotas: **NEPFIL Online**, 2017. 144p.- (Série Dissertatio-Filosofia). Modo de acesso: Internet <http://nepfil.ufpel.edu.br> ISBN: 978-85-67332-48-2 COD 162

STOTZ, E. Navarro; ARAUJO, J. W. Gomes. Promoção da saúde e cultura política: a reconstrução do consenso. **Saude soc. [online]**. 2004, vol.13, n.2, pp.5-19. ISSN 0104-1290. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-12902004000200002>.

TESSER, C.D. Social. Medicalização social (I): o excessivo sucesso do epistemicídio moderno na saúde. *Interface Comunic., Saúde, Educ.* Botucatu, v. 10, n. 19, p. 61-76, jan-jun 2006a.

TESSER, C. D. Social medicalization (II): biomedical limits and proposals for primary care clinics. *Interface Comunic., Saúde, Educ.*, v.10, n.20, p.347-62, jul. /dez. 2006.

TESSER, C.D.; POLI NETO P.; CAMPOS, W.G.S. Acolhimento e (des)medicalização social: um desafio para as equipes de saúde da família. *Ciênc. saúde coletiva*. Rio de Janeiro, v. 15, supl. 3, p. 3615-3624, nov. 2010.

TESSER C. D. **Medicalização Social e Atenção à Saúde no SUS**. São Paulo: Editora Hucitec, 2010.

VARGAS, Juliana Ribeiro de; XAVIER, Maria Luisa Merino de Freitas. Conceitos e práticas para pesquisas contemporâneas: algumas palavras sobre a obra Metodologias de pesquisas pós-críticas em **educação. Educ. rev. [online]**. 2013, vol.29, n.4, pp.279-288. ISSN 0102-4698. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-46982013000400012>

VEIGA-NETO, Alfredo. Coisas do Governo. **Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas** / Margareth Rago, Luiz B. Lacerda, Alfredo Veiga-Neto (orgs.). – Rio de Janeiro: DP&A, 2002.

WEBER, César Augusto Trinta. **Programa Saúde da Família: educação e controle da população** / César Augusto Trinta Weber. – Porto Alegre, RS: AGE, 2006. ISBN 85-7497-298-3